

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

GARÇONS ET FILLES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE :
CONSÉQUENCES SIMILAIRES OU DIFFÉRENCIÉES?

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
AMÉLIE GAUTHIER-DUCHESNE

DÉCEMBRE 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement ma directrice de recherche, Martine Hébert. Merci de valoriser mes compétences et mon autonomie, ainsi que de m'offrir de nouvelles opportunités. Ta rigueur scientifique et ton expertise hors pair dans le domaine des agressions sexuelles m'inspirent et contribuent à ma croissance professionnelle.

Aux filles du laboratoire et à toutes les assistantes de recherche qui ont participé à la collecte de données, merci pour le travail d'équipe efficace et le soutien. Un remerciement tout spécial à Marie-Ève Daspe d'avoir accepté de travailler avec moi. Ton temps et tes judicieux conseils m'ont été précieux.

Merci aux organismes m'ayant octroyé des bourses d'études supérieures, soit le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, les Fonds de recherche du Québec - Société et culture ainsi que la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants.

J'aimerais également remercier les personnes qui travaillent dans les sites de collecte de données, et toutes les familles qui ont participé au projet de recherche. Votre partenariat est essentiel et contribue à aider les jeunes victimes.

Évidemment, merci à ma famille qui croit et s'intéresse à la recherche universitaire. Vous m'encouragez à continuer dans ce domaine et valorisez mes accomplissements, ce qui est plus que précieux. Gabriel, merci d'être ma source de soutien numéro un, et merci pour ton admiration sans borne. Cette maîtrise en sexologie résonnera toujours avec le moment où nous avons décidé de nous engager ensemble pour la vie.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vii
RÉSUMÉ.....	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
ÉTAT DES CONNAISSANCES	4
1.1 Définitions	4
1.1.1 Définition de l'agression sexuelle	4
1.1.2 Définition du genre	5
1.2 Conséquences associées à l'agression sexuelle	6
1.3 Différences de genre chez les enfants victimes d'agression sexuelle.....	7
1.3.1 Difficulté chez les garçons à dévoiler l'agression sexuelle	7
1.3.2 Lacunes identifiées dans la littérature scientifique.....	8
1.3.3 Bilan des études ayant exploré les différences de genre.....	9
1.4 Éléments à considérer dans les recherches futures	13
CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL	14
2.1 Assises conceptuelles sur les différences de genre	14
2.1.1 Socialisation des genres et masculinité.....	14
2.1.2 Sentiment de culpabilité et caractéristiques de l'agression sexuelle	17
2.2 Assises conceptuelles sur les conséquences liées à l'agression sexuelle	20
2.2.1 Modèle des dynamiques traumatogéniques de Finkelhor et Browne	20
2.2.2 Modèle transactionnel de Spaccarelli	21

CHAPITRE III	
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	23
CHAPITRE IV	
MÉTHODOLOGIE	25
4.1 Participants	25
4.2 Instruments de mesure.....	26
4.3 Procédures	28
4.4 Considérations éthiques.....	28
4.5 Stratégies d'analyses	29
CHAPITRE V	
ARTICLE	30
Abstract.....	31
Method.....	36
Results	41
Discussion.....	47
References.....	54
CHAPITRE VI	
DISCUSSION.....	59
6.1 Rappel des objectifs et des forces de l'étude.....	59
6.2 Principaux résultats	60
6.3 Limites méthodologiques	64
6.4 Implications pour les interventions sexologiques	66
6.5 Pistes de recherche	69
CONCLUSION	71
RÉFÉRENCES	72

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
2.1	Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994).....	22
3.1	Modèle de médiation des conséquences de l'AS selon le genre de l'enfant victime.....	24
5.1	<i>Conceptual mediation model of the correlates of child sexual abuse.</i>	36
5.2	<i>Mediation model of the correlates of child sexual abuse.....</i>	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
5.1	<i>Socio-demographic Characteristics for Girls and Boys.....</i>	37
5.2	<i>SA Characteristics in Percentage (Adjusted Residuals) for Girls and Boys.....</i>	42
5.3	<i>Mean Differences between Girls and Boys on Outcomes Variables...</i>	43
5.4	<i>Summary of Correlations, Means and Standard Deviations for SA Characteristics and Scores on Outcomes Variables.....</i>	45

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AS	Agression sexuelle
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CHU	Centre hospitalier universitaire
CFI	<i>Comparative fit index</i>
CI	<i>Confidence interval</i>
CITES	<i>Children's Impact of Traumatic Events Scale</i>
HVF	<i>History of Victimization Form</i>
IC	Intervalle de confiance
PTSD	<i>Posttraumatic stress disorder</i>
RMSEA	<i>Root mean square error of approximation</i>
SA	<i>Sexual abuse</i>
SSPT	Symptômes de stress post-traumatique

RÉSUMÉ

Ce mémoire porte sur les différences de genre observées chez les enfants d'âge scolaire qui ont été victimes d'agression sexuelle. Peu d'études se sont attardées au rôle du genre sur les symptômes associés à l'agression sexuelle. Les quelques études recensées sur le sujet montrent des résultats divergents, et présentent des limites méthodologiques importantes. Par exemple, la plupart ont été conduites auprès d'échantillons composés d'adultes incluant un nombre limité de garçons, empêchant l'identification de spécificités liées au genre. La présente étude a pour but d'observer et d'expliquer les différences de genre chez les enfants victimes d'agression sexuelle quant aux symptômes vécus. Un modèle de médiation des symptômes en fonction du genre de l'enfant a été testé, en y incluant les caractéristiques de l'agression et le sentiment de culpabilité exprimé par l'enfant comme médiateurs. L'échantillon comprend 447 enfants (319 filles et 128 garçons), âgés de 6 à 12 ans, qui ont été victimes d'agression sexuelle. Les résultats indiquent qu'être une fille est un prédicteur des symptômes de stress post-traumatique tandis qu'être un garçon, des problèmes extériorisés. Seule la sévérité de l'agression s'est avérée être un médiateur entre le genre et les symptômes. Toutefois, le sentiment de culpabilité est la variable qui contribue le plus à la prédiction des symptômes chez les enfants. Le sentiment de culpabilité pourrait donc être une cible d'intervention pertinente à privilégier dans le contexte des traitements destinés aux enfants victimes d'agression sexuelle.

MOTS-CLÉS : enfants victimes d'agression sexuelle, différences de genre, stress post-traumatique, problèmes de comportement, sentiment de culpabilité

INTRODUCTION

L'agression sexuelle (AS) représente un problème social grave qui touche principalement les femmes et les enfants. Les méta-analyses réalisées à partir d'échantillons de différents pays révèlent qu'une fille sur 5 et un garçon sur 10 ont été victimes d'AS avant l'âge de 18 ans (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg, 2011). Au Québec, les mêmes données sont observées concernant la prévalence des AS vécues durant l'enfance (Tourigny et Baril, 2011).

De nombreuses recherches ont permis d'établir les conséquences associées à l'AS chez les enfants, dont des symptômes de stress post-traumatique (SSPT; Hébert, Langevin et Daigneault, 2016) ainsi que des symptômes dépressifs et anxieux (Hébert, 2011). Certains enfants peuvent également exprimer davantage de problèmes de comportement extériorisés, comme de la colère, de l'agressivité et des comportements sexualisés problématiques (Gagnon et Tourigny, 2011; Hébert, 2011). Les études indiquent par ailleurs que l'AS est associée à plusieurs difficultés à plus long terme chez les adultes, comme la dépression, l'anxiété, les tentatives de suicide, l'abus d'alcool et de drogues ainsi qu'un risque de revictimisation (Fergusson, McLeod et Horwood, 2013; Maniglio, 2009).

La problématique des AS vécues durant l'enfance est donc un enjeu social important qui mérite d'être étudié afin d'identifier des stratégies pour diminuer sa prévalence et les conséquences négatives qui en découlent. Plusieurs études se sont d'ailleurs attardées aux facteurs pouvant influencer l'intensité des symptômes chez les victimes, comme les caractéristiques des gestes subis (sévérité des gestes posés, la durée de

l'AS, le lien avec l'agresseur), les attributions de blâme, les stratégies d'adaptation ainsi que le soutien social (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia et Cortés, 2011; Zajac, Ralston et Smith, 2015). Le genre de l'enfant victime est une autre variable susceptible de moduler l'impact de l'AS sur les conséquences observées. Cependant, peu d'études ont été réalisées en tenant compte des différences possibles selon le genre de l'enfant victime.

Le but de cette étude est de comparer les garçons et les filles, âgés de 6 à 12 ans, victimes d'AS quant aux caractéristiques de l'AS vécue (sévérité, durée, identité de l'agresseur, etc.) et les conséquences qui y sont associées (SSPT, problèmes de comportement intériorisés et extériorisés). Pour ce faire, un modèle de médiation des symptômes associés à l'AS en fonction du genre de l'enfant victime a été testé. Cette étude ne tente pas de décrire les garçons et les filles victimes d'AS dans une perspective essentialiste, mais plutôt de mieux comprendre les différences de genre socioconstruites et observées entre les garçons et les filles victimes afin de documenter les trajectoires de ces enfants.

Puisque les garçons semblent démontrer moins de résilience face aux situations d'AS que les filles (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault et Piché, 2006), il est crucial d'étudier ce groupe afin d'adapter les interventions qui leur sont offertes et de diminuer les conséquences qu'ils peuvent vivre. En plus d'adapter les programmes d'intervention, documenter la problématique des AS vécues durant l'enfance pourra permettre d'informer adéquatement la population, les intervenants et les décideurs quant à la problématique des AS vécues durant l'enfance.

D'abord, le chapitre I de ce mémoire présentera l'état des connaissances sur les différences de genre chez les enfants victimes, en y incluant les définitions des concepts-clés et les limites des études antérieures sur le sujet. Dans le chapitre II, un schéma médiateur des différences de genre sera conceptualisé. Différentes pistes

théoriques permettront d'appuyer les hypothèses inhérentes à ce schéma, dont des théories sur les différences de genre et des modèles explicatifs des conséquences de l'AS. Seront explicités les objectifs et les hypothèses de l'étude dans le chapitre III. Le chapitre IV détaillera la méthodologie utilisée pour produire les résultats de recherche, dont la description des instruments de mesure et les procédures détaillées. Les résultats seront recensés dans le chapitre V, qui est présenté sous forme d'article scientifique soumis dans une revue internationale arbitrée par un comité de pairs en juillet 2016. Les principaux résultats, les limites du projet et sa pertinence sexologique seront finalement explicités en guise de discussion dans le chapitre VI.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

1.1 Définitions

1.1.1 Définition de l'agression sexuelle

Ce travail porte essentiellement sur le croisement entre deux thèmes : l'AS et le genre. Il semble alors primordial, dans un premier temps, de définir ces concepts. D'ailleurs, il est possible de constater un manque de consensus dans la manière de caractériser l'AS (Trickett, 2006). Il existe des définitions basées sur les aspects légaux, mais également d'autres plus larges qui n'incluent pas de critères unanimes (Putnam, 2003). Les définitions présentes dans la littérature ne sont parfois pas précisées ou diffèrent parfois d'une étude à l'autre (Trickett, 2006). Ce manque de consensus dans la définition des AS pourrait entre autres expliquer des résultats divergents observés dans les recherches scientifiques (Tourigny et Baril, 2011). Bien qu'il y ait plusieurs définitions, le Gouvernement du Québec définit l'AS comme étant :

un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux,

notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne (Gouvernement du Québec, 2001, p. 22).

Un enfant peut être victime d'une AS perpétrée par un adulte, un adolescent ou un autre enfant. Les gestes qui sont considérés comme étant une AS sont diversifiés et incluent notamment: l'exhibitionnisme (exposition des parties génitales de l'agresseur sans toucher), le voyeurisme (exposition des parties génitales de l'enfant sans toucher), les baisers, l'exposition à du matériel pornographique, les contacts physiques par-dessus ou sous les vêtements (masturbation ou caresses), les attouchements génitaux, les contacts oraux génitaux, les actes impliquant une pénétration ou tentative de pénétration (digitale, orale, vaginale, anale ou avec un objet).

1.1.2 Définition du genre

Le genre est également un concept difficile à définir. Le sexe fait surtout référence aux caractéristiques physiologiques qui différencient les mâles des femelles, tandis que le genre renvoie aux constructions sociales, psychologiques et culturelles associées à la féminité et à la masculinité. Toutefois, dans le cadre de ce mémoire, la définition de Kessler et McKenna (1978) sera utilisée pour clarifier la notion de genre. Selon ces auteures, le genre désigne l'ensemble des aspects psychologiques, sociaux, culturels et biologiques liés au fait d'être garçon ou fille. Cette définition du genre conçoit le sexe comme référant aux pratiques sexuelles, et non aux catégories garçon ou fille assignées à la naissance. Cette définition du genre permet de se distancer de la dichotomie biologique/culturel en promouvant la diversité et la complexité des genres.

1.2 Conséquences associées à l'agression sexuelle

Une expérience de victimisation sexuelle peut entraîner différentes conséquences à l'âge adulte. L'AS vécue durant l'enfance est un prédicteur important des SSPT (Fergusson *et al.*, 2013; Maniglio, 2009), qui renvoient aux concepts de réexpérimentation, d'évitement et d'hypervigilance. La dépression, l'anxiété, l'abus d'alcool et de drogue, les problèmes sexuels, les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et la revictimisation (Fergusson *et al.*, 2013; Maniglio, 2009) sont également associés à une expérience de victimisation sexuelle durant l'enfance.

Une grande variabilité de symptômes est aussi observée chez les enfants victimes (Hébert, 2011). À court terme, les enfants sont également à risque d'expérimenter des SSPT (Hébert, Langevin et Daigneault, 2016). Comparativement à la population générale, ils ont davantage de problèmes de comportement intériorisés, soit des comportements d'anxiété, de dépression, de retrait et de somatisation, ainsi qu'extériorisés, qui eux font référence à des comportements délinquants ou agressifs (Hébert, 2011). Des symptômes dissociatifs (Bernier, Hébert et Collin-Vézina, 2013) et des difficultés d'adaptation sociale et scolaire (Blanchard-Dallaire et Hébert, 2014; Daignault et Hébert, 2009) sont d'autres exemples de conséquences observées chez les enfants à la suite d'un dévoilement d'AS.

Dans le cadre de ce mémoire, une attention particulière sera accordée aux SSPT ainsi qu'aux problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. La multiplicité et la variabilité des symptômes associés à la victimisation sexuelle démontrent de l'importance d'étudier cette problématique afin d'adapter les programmes d'intervention offerts aux jeunes.

1.3 Différences de genre chez les enfants victimes d'agression sexuelle

Bien que quelques études aient tenté d'identifier un lien entre le genre de la victime et les conséquences associées à l'AS (Yancey et Hansen, 2010), les différences de genre chez les enfants victimes demeurent peu connues. Différentes raisons qui pourraient expliquer ce manque de connaissances scientifiques seront abordées dans les paragraphes suivants.

1.3.1 Difficulté chez les garçons à dévoiler l'agression sexuelle

D'abord, il est clairement établi dans la littérature que les garçons sont moins enclins à dévoiler la situation d'AS dont ils sont victimes que les filles (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff et Joly, 2009; O'Leary et Barber, 2008; Tang, Freyd et Wang, 2008). Par exemple, selon un sondage téléphonique réalisé au Québec, 34,2 % des hommes n'avaient jamais dévoilé l'AS dont ils avaient été victimes durant l'enfance, comparativement à 15,7 % des femmes (Hébert *et al.*, 2009). De plus, les femmes victimes avaient 3,76 fois plus de probabilité que les hommes d'avoir dévoilé la situation d'AS vécue durant l'enfance rapidement, c'est-à-dire moins d'un mois après l'évènement (Hébert *et al.*, 2009).

Cet important écart pourrait être expliqué par des barrières socioculturelles liées au dévoilement, telle la stigmatisation liée à l'homosexualité que peuvent vivre les garçons (Collin-Vézina, De La Sablonnière-Griffin, Palmer et Milne, 2015). La présence d'échantillons de filles surreprésentées pourrait être expliquée par le fait que les garçons soient moins susceptibles de dévoiler, ce qui pourrait en partie justifier pourquoi les différences de genre chez les enfants victimes sont peu connues.

1.3.2 Lacunes identifiées dans la littérature scientifique

La présence de plusieurs limites méthodologiques dans la littérature pourrait également contribuer à expliquer le manque de connaissances quant aux différences de genre chez les enfants victimes.

Premièrement, de nombreuses études ont comme échantillon des victimes d'agression sexuelle adultes. Il est pertinent d'étudier la réalité des adultes ayant été victimes durant l'enfance afin de mieux comprendre les conséquences vécues à long terme et d'adapter les interventions offertes auprès de cette population. Toutefois, cela ne permet pas d'identifier les conséquences vécues à court terme et les priorités d'intervention pour les enfants. Par ailleurs, les études rétrospectives peuvent comporter des biais liés à la mémoire qui peuvent influencer sur la validité des données (Hardt et Rutter, 2004). Il semble donc primordial de conduire des recherches auprès des enfants afin d'adapter les interventions qui sont offertes à cette population.

Deuxièmement, dans la vaste majorité des études, les garçons sont sous-représentés ou complètement absents des échantillons de personnes victimes d'AS (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010; Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). De plus en plus, il est possible d'identifier dans la littérature des recherches conduites auprès d'échantillons d'hommes victimes. Cependant, Feiring, Taska et Lewis (1999) ont observé que les études conduites auprès d'enfants et d'adolescents victimes d'AS incluent habituellement autour de 30 garçons seulement. Cette sous-représentation serait encore présente (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010), ce qui limite la possibilité de détecter des différences significatives entre les filles et les garçons.

Troisièmement, en raison du fait que les définitions des AS sont peu précises et diffèrent souvent d'une étude à l'autre, l'on observe des divergences dans les résultats observés dans la littérature (Tourigny et Baril, 2011; Trickett, 2006). Dans ce

contexte, il est donc difficile de statuer de façon définitive sur les possibles différences de genre.

Quatrièmement, le genre est parfois perçu d'un point de vue essentialiste et les différences de genre sont seulement observées, sans tenter de les expliquer. Certains auteurs tentent d'identifier les différences entre les hommes et les femmes et à les essentialiser par l'entremise de théories biologiques et évolutionnistes. Pourtant, les récentes recherches sur le cerveau indiquent qu'il y a davantage de différences à l'intérieur d'individus d'un même genre plutôt qu'entre les hommes et les femmes (Cossette, 2012). Il serait donc pertinent que davantage de recherches sur les AS s'appuient sur des assises théoriques issues du courant socioconstructiviste, par exemple en incluant des variables médiatrices qui tenteraient d'expliquer les différences de genre observées.

1.3.3 Bilan des études ayant exploré les différences de genre

D'abord, du côté des études conduites auprès d'adultes victimes d'AS, des données divergentes sont décrites quant aux différences de genre. Alors que certaines recherches identifient des différences, d'autres stipulent qu'il y a peu d'écart entre les hommes et les femmes quant aux conséquences de l'AS. Par exemple, dans leur étude longitudinale où des données ont été recueillies sur une période de 30 ans, Fergusson et ses collègues (2013) ont observé que les hommes et les femmes victimes d'AS durant l'enfance semblaient faire face à des difficultés développementales similaires (ex : problèmes de santé mentale et comportements sexuels à risque). D'un autre côté, des études semblent montrer que les femmes vivaient davantage de problèmes intériorisés que les hommes. Par exemple, Blain, Galovski et Robinson (2010) soulignent que les femmes présentent davantage de SSPT que les hommes, et ce, pour tous les types de traumatismes. En ce qui a trait à la population adolescente, une étude québécoise auprès des victimes d'AS mentionne également que les filles sont plus à

risque d'expérimenter des SSPT que les garçons (Hébert, Lavoie et Blais, 2014).

En plus des SSPT, il est reconnu dans la littérature que les victimes d'AS durant l'enfance sont plus susceptibles de souffrir de dépression à l'âge adulte (Arnow, Blasey, Hunkeler, Lee et Hayward, 2011; Maniglio, 2010). Selon l'étude d'Arnow et ses collègues (2011), il ne semble pas y avoir de différences entre les hommes et les femmes victimes quant aux symptômes dépressifs. En effet, les femmes et les hommes auraient autant de risques de souffrir de dépression majeure. Cependant, Banyard, Williams et Siegel (2004) soulignent que les femmes victimes d'AS durant l'enfance ont plus de symptômes d'anxiété et de dépression que les hommes. Cette différence serait toutefois minime et n'est pas significative quant au seuil clinique de dépression.

De leur côté, les hommes exprimeraient davantage de difficultés extériorisées, comme des comportements délinquants et de l'abus de drogue ou d'alcool. Une étude de Chandy, Blum et Resnick (1996) réalisée auprès de plus de 3 000 adolescents victimes d'AS indique que les garçons ont davantage de comportements délinquants que les filles, un risque plus élevé de décrochage scolaire, une consommation plus abusive d'alcool et consomment davantage de drogue que les filles. De plus, les adolescents ont mentionné avoir des comportements sexuels à risque plus fréquents que les adolescentes (Chandy *et al.*, 1996). Dans leur étude réalisée auprès des adolescents victimes d'AS, Garnefski et Arends (1998) proposent des résultats semblables. En effet, les garçons auraient davantage de comportements agressifs et de consommation abusive de drogue et d'alcool que les filles (Garnefski et Arends, 1998). Une étude réalisée auprès d'adultes ayant été victimes d'AS durant l'enfance observe cependant des résultats différents : ces personnes seraient plus à risque d'avoir des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogue que les adultes non victimes, mais ces risques seraient semblables chez les hommes et les femmes (Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, Dong et Giles, 2005).

En plus des difficultés intériorisées et extériorisées, les personnes ayant été victimes d'AS sont également plus à risque d'avoir des pensées suicidaires ou de faire des tentatives de suicide (Dube *et al.*, 2005; Fergusson *et al.*, 2013; Maniglio, 2009). Cet écart concernant les pensées suicidaires entre les victimes et les personnes non victimes serait d'ailleurs plus important chez les hommes que chez les femmes (Banyard *et al.*, 2004). Dube et ses collègues (2005) n'ont toutefois observé aucune différence entre les hommes et les femmes victimes d'AS quant aux pensées suicidaires. Du côté des adolescents, les garçons victimes d'AS auraient davantage de pensées suicidaires et feraient plus de tentatives de suicide que les filles (Garnefski et Arends, 1998; Martin, Bergen, Richardson, Roeger et Allison, 2004; Rhodes *et al.*, 2011). Cependant, Chandy et ses collègues (1996) mentionnent le contraire dans leur recherche en soulignant que les adolescentes victimes d'AS indiquent avoir davantage de pensées et de comportements suicidaires que les garçons.

Quelques chercheurs ont également étudié les différences chez les garçons et les filles victimes en ce qui a trait aux conséquences à court terme associées aux AS. Soylyu et ses collègues (2016) ont examiné les dossiers de 1 250 jeunes victimes, dont 248 garçons, âgés de 18 ans et moins. Leurs résultats indiquent que les filles ont davantage de trouble psychiatrique et d'épisode dépressif majeur. Ils n'ont toutefois observé aucune différence de genre quant aux SSPT. Villeneuve Cyr et Hébert (2011) ont recueilli des résultats différents en soulignant que les filles d'âge scolaire victimes d'AS vivent davantage de SSPT et de symptômes d'anxiété que les garçons. Cette différence ne se retrouve pas dans leur groupe de comparaison composé d'enfants non victimes (Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). En ce qui a trait aux problèmes de comportement décrits par le parent, les garçons auraient tendance à avoir davantage de comportements extériorisés que les filles (Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). En effet, dans les études conduites auprès de la population générale, les garçons ont davantage de difficultés extériorisées que les filles (Hill, Degnan, Calkins et Keane, 2006; Kim, Arnold, Fisher et Zeljo, 2005). Toutefois, dans sa recherche réalisée

auprès d'enfants âgés de 11 à 14 ans, Coohey (2010) observe des résultats différents, en soulignant que les garçons seraient deux fois plus susceptibles d'avoir des problèmes de comportement intériorisés (52 %) que les filles (24 %). Il importe de noter que les préadolescents qui composent cet échantillon sont sous la supervision des services de protection de l'enfance. Selon cette étude, il serait possible de croire que les garçons auraient davantage de problèmes intériorisés au début de l'adolescence, et que les troubles extériorisés apparaîtraient au cours de l'adolescence (Coohey, 2010). Les filles développeraient quant à elles des problèmes intériorisés durant l'adolescence (Coohey, 2010). Maikovich-Fong et Jaffee (2010) n'ont quant à eux observé aucune différence entre les garçons et les filles victimes d'AS en ce qui a trait à la sévérité des symptômes intériorisés, extériorisés et traumatiques.

Ces divergences pourraient être expliquées par des différences méthodologiques entre les différentes études réalisées. Premièrement, l'âge des participants varie d'une étude à l'autre. Les enfants sont âgés de 2 à 18 ans dans l'étude de Soylu et ses collègues (2016), de 6 à 12 ans dans l'étude de Villeneuve Cyr et Hébert (2011), de 11 à 14 ans dans celle de Coohey (2010) et de 4 à 16 ans dans celle de Maikovich-Fong et Jaffee (2010). Deuxièmement, bien que les garçons soient inclus dans les échantillons, ceux-ci demeurent sous-représentés dans les études de Villeneuve Cyr et Hébert (2011) et de Coohey (2010). En effet, seulement 33 garçons sont inclus dans la première étude et 31, dans la deuxième. Troisièmement, chacune des études aborde peu la définition des situations d'AS incluses dans l'échantillon. Par exemple, dans l'étude de Coohey (2010), une question était posée au parent pour savoir si leur enfant avait déjà été victime d'AS. Cependant, la question exacte n'a pas été explicitée. Dans l'étude de Maikovich-Fong (2010), il est uniquement mentionné que les enfants inclus dans l'échantillon étaient soupçonnés d'avoir vécu une situation d'AS selon les rapports d'évaluation des travailleurs sociaux. Ces différences dans les définitions de l'AS et le manque d'information entourant ces définitions constituent une limite de ces recherches et pourraient expliquer les divergences dans les études conduites auprès

des enfants victimes d'AS.

1.4 Éléments à considérer dans les recherches futures

Il est donc difficile d'identifier quelles conséquences liées aux AS sont spécifiques aux filles et aux garçons, car les résultats des analyses réalisées à ce jour sont souvent contradictoires. Tout de même, en incluant les recherches conduites auprès d'adolescents et d'adultes, il est possible de constater que plusieurs études tendent à démontrer que les filles vivraient davantage de difficultés intériorisées et des SSPT (Blain *et al.*, 2010; Hébert *et al.*, 2014; Villeneuve Cyr et Hébert, 2011), et que les garçons auraient davantage de comportements extériorisés, comme des comportements sexuels problématiques, de la consommation abusive d'alcool et de drogue et d'autres comportements délinquants (Banyard *et al.*, 2004; Chandy *et al.*, 1996; Garnefski et Arends, 1998).

En somme, il est possible de conclure que les recherches explorant les différences entre les garçons et les filles victimes d'AS indiquent des résultats divergents quant aux symptômes associés à l'AS (Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). Ces différences de résultats pourraient s'expliquer par les limites méthodologiques recensées précédemment. Il serait donc pertinent que les recherches portant sur les AS vécues durant l'enfance utilisent des échantillons composés d'enfants et incluant un nombre important de garçons, en plus de définir de manière plus précise les situations considérées comme des AS. Afin de mieux comprendre cette problématique, les recherches futures devraient également considérer différentes variables qui pourraient avoir un effet médiateur sur les conséquences des AS afin de tenter d'expliquer les différences de genre socioconstruites.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Dans le but de formuler les hypothèses de recherche, différentes assises conceptuelles ont été répertoriées et sont exposées dans ce chapitre. Des assises tentant d'expliquer les différences de genre chez les enfants victimes seront présentées, et deux modèles conceptuels des conséquences liées à l'AS seront décrits.

2.1 Assises conceptuelles sur les différences de genre

2.1.1 Socialisation des genres et masculinité

Il est établi que les différences observées entre les garçons et les filles ne sont pas uniquement d'origine biologique, mais que la socialisation y jouerait un rôle très important (Cossette, 2012; Kessler et McKenna, 1978; Maccoby et Jacklin, 1974). Comme l'a si bien dit Simone de Beauvoir, « on ne naît pas femme, on le devient » (Beauvoir, 1949, p. 13). La socialisation est définie comme étant « les mécanismes de transmission de la culture ainsi que la manière dont les individus reçoivent cette transmission et intériorisent les valeurs, les normes et les rôles qui régissent le fonctionnement de la vie sociale » (Castrà, 2013). Elle encouragerait les filles et les garçons à être différents : il est ainsi possible de croire que les manifestations des symptômes associés à l'AS sont spécifiques selon le genre de l'enfant. Par exemple, une hypothèse liée à la socialisation pourrait être que les filles se font plus souvent dire d'être prudentes. Ceci pourrait les amener à révéler des taux plus élevés de SSPT

car elles pourraient se sentir moins en sécurité que les garçons. Ces derniers auraient davantage de comportements agressifs car ils auraient été moins réprimandés par leur entourage que les filles. En effet, il est possible de penser que les filles sont renforcées socialement dans leur comportement apeuré parce qu'on les protège davantage, comparativement aux garçons que l'on croit capables de se protéger eux-mêmes et qui expriment leur colère dans une plus grande liberté. Ces comportements différenciés entre les garçons et les filles font partie d'un ensemble d'attentes sur les comportements qui sont appropriés pour les personnes d'un genre, soit les rôles de genre (Kessler et McKenna, 1978). Ces rôles peuvent être intégrés dès la petite enfance. Puisque l'âge scolaire est une étape du développement où les enfants tentent de se conformer à leur genre, il serait probable d'observer des différences chez les garçons et les filles victimes d'AS. La manière genrée dont les enfants sont éduqués, entre autres dans le milieu scolaire (Connell, 2000), pourrait donc expliquer en partie pourquoi les garçons et les filles victimes d'AS présenteraient des symptômes différents.

Ces différences observées pourraient être réelles, ou des biais méthodologiques pourraient les exacerber (Maccoby et Jacklin, 1974). Par exemple, il est reconnu que les femmes mentionnent avoir davantage de symptômes intériorisés, comme la dépression et l'anxiété, mais il est difficile de savoir si elles sont réellement plus dépressives et anxieuses que les hommes ou si elles ont plutôt appris à reconnaître ces symptômes et à les divulguer. Les caractéristiques des instruments de mesure pourraient également contribuer à exacerber ces différences de genre.

Dans le cas des enfants victimes d'AS, il est possible de croire que des symptômes différenciés soient observés. Une conceptualisation de Raewyn Connell (2014) pourrait d'ailleurs contribuer à expliquer les symptômes spécifiques aux garçons victimes. Elle traite dans son ouvrage de l'organisation sociale de la masculinité et propose un schéma de rapports entre quatre types de masculinités : l'hégémonie, la

subordination, la complicité et la marginalisation. L'hégémonie, représentant la domination culturelle de la masculinité, exerce un rapport de domination sur le groupe d'hommes subordonnés. L'exemple le plus visible est la domination des hommes hétérosexuels et la subordination des hommes homosexuels. Mais ce rapport de domination/subordination pourrait également se retrouver chez les victimes d'AS. La situation de victimisation sexuelle peut donc positionner les garçons dans une position vulnérable et passive, c'est-à-dire en complète contradiction avec la construction de la masculinité hégémonique (Price-Robertson, 2012). Les garçons victimes se retrouveraient donc subordonnés, et pour tenter de retrouver une masculinité hégémonique, ils auraient davantage de comportements associés au masculin. Durant l'enfance, ces comportements pourraient être l'expression de la colère, de la domination et de l'agressivité. La délinquance, la consommation excessive d'alcool et de drogue ainsi que les comportements sexuels à risque sont des comportements extériorisés qui pourraient également apparaître à l'adolescence et permettre aux garçons victimes de surinvestir leur masculinité. La recherche de la masculinité hégémonique pourrait alors expliquer en partie que les jeunes garçons expriment davantage de problèmes de comportement extériorisés que les filles.

Le genre de l'agresseur pourrait également amener les garçons à exprimer davantage de problèmes de comportement. Des études recensent que le fait d'être un garçon augmente la probabilité d'être agressé sexuellement par une femme, quoique la vaste majorité des agresseurs de garçons sont des hommes (Dube *et al.*, 2005; Soylu *et al.*, 2016). Le fait que les garçons, comparativement aux filles, soient plus souvent victimes par une personne du même genre qu'eux pourrait avoir un impact sur leurs perceptions des rôles de genre et les conséquences qui y sont associées, comme le questionnement de l'orientation sexuelle (Banyard *et al.*, 2004). Bien qu'une expérience de victimisation sexuelle durant l'enfance ne prédise d'aucune façon l'orientation sexuelle (Connell, 2014), les garçons pourraient vivre une crainte quant à leur orientation sexuelle, surtout s'ils ont ressenti du plaisir physique lors des

épisodes d'AS. Puisque la société perçoit l'homosexualité comme étant une masculinité insuffisante, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes tentent pour la plupart de se surinvestir dans la masculinité hégémonique pour se prouver et prouver aux autres qu'ils sont réellement des hommes, malgré un objet de désir différent des attentes (Connell, 2014). Cet investissement dans la masculinité hégémonique se produit habituellement au début de leur trajectoire de vie, comme à l'adolescence, avant que la personne ait dévoilé son orientation sexuelle. Les garçons victimes pourraient avoir le même type de trajectoire en ayant plus de comportements associés au masculin et moins de comportements associés au féminin pour repousser cette crainte d'être homosexuel ou d'être stigmatisé.

2.1.2 Sentiment de culpabilité et caractéristiques de l'agression sexuelle

Outre la socialisation des genres, le sentiment de culpabilité et les caractéristiques de l'AS sont des facteurs prédicteurs des symptômes qui pourraient être liés au genre. Quelques études se sont attardées au sentiment de culpabilité vécu par les victimes. Lorsqu'une personne fait face à un événement de vie adverse, comme une AS, elle peut tenter d'attribuer des causes qui expliqueraient pourquoi elle est aux prises avec cette situation (Feiring et Cleland, 2007). Ces attributions sont généralement décrites comme étant internes (ex : s'attribuer le blâme) ou externes (ex : attribuer le blâme à l'agresseur). Un sentiment de culpabilité élevé peut donc découler de cette attribution interne de blâme. Il importe toutefois de distinguer le sentiment de culpabilité et le sentiment de honte. Ce dernier renvoie davantage à une évaluation négative de soi, par exemple en se sentant petit, inutile et impuissant ainsi qu'en ayant l'impression d'être exposé de manière négative aux autres (Tangney, Stuewig et Mashek, 2007). Le sentiment de culpabilité réfère plutôt à une évaluation émotionnelle négative de ses comportements et de ses actions, et non de sa personne (Lewis, 1971). La honte peut être observée chez les victimes d'AS lorsqu'elles tentent de se cacher en parlant de leur expérience traumatique (Feiring et Taska, 2005). Les enfants peuvent se sentir

honteux d'avoir été impliqués dans des comportements sexuels jugés inappropriés (Feiring, Taska et Chen, 2002), alors que la culpabilité est associée au regret d'avoir posé (ou de ne pas avoir posé) certains gestes.

Quelques études empiriques ont étudié le sentiment de culpabilité à titre de facteur prédictif ou médiateur des conséquences de l'AS chez les adolescents et les adultes (Cantón-Cortés *et al.*, 2011; Daigneault, Tourigny et Hébert, 2006; Feiring et Cleland, 2007). Il demeure néanmoins peu étudié durant l'enfance, bien que Gauthier-Duchesne, Hébert et Daspe (sous presse) aient établi qu'il prédit l'anxiété et une faible estime de soi chez les jeunes victimes.

Il est possible de penser que le fait d'être un garçon victime d'AS pourrait être associé à un plus grand sentiment de culpabilité (Banyard *et al.*, 2004). Les garçons, comparativement aux filles, pourraient avoir l'impression qu'il est de leur devoir de se protéger contre ce type d'agression (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz et Ross, 1996). De leur côté, les filles pourraient être plus souvent perçues par leur entourage comme des victimes que les garçons, d'où la possibilité que ceux-ci aient un plus grand sentiment de culpabilité par rapport à la situation d'AS. Vouloir correspondre à ces normes de genre pourrait renforcer la culpabilité vécue par les garçons, et ainsi avoir un impact sur les conséquences de l'AS et retarder le dévoilement (Gagnier et Collin-Vézina, 2016). Ce sentiment de culpabilité présent chez les garçons pourrait également provenir du fait d'avoir été victime par une personne du même genre qu'eux (Banyard *et al.*, 2004).

Du côté des caractéristiques de l'AS, elles semblent prédire les symptômes associés aux AS, quoique ce lien soit de plus en plus remis en question (Yancey et Hansen, 2010). Bien que d'autres variables puissent prédire de manière plus importante les symptômes, comme les stratégies d'adaptation et les sources de soutien, les

caractéristiques de l'AS demeurent des variables incontournables dans les recherches sur l'AS.

Les conséquences différenciées entre les garçons et les filles ayant vécu une situation d'AS pourraient s'expliquer par les caractéristiques des AS (Banyard *et al.*, 2004). Plusieurs chercheurs ont d'ailleurs observé des caractéristiques d'AS différentes entre les filles et les garçons, sans toutefois parvenir à un consensus. Certaines études soulèvent que les filles seraient davantage victimes d'AS intrafamiliales (Banyard *et al.*, 2004; Coohey, 2010; Soylu *et al.*, 2016; Villeneuve Cyr et Hébert, 2011), alors que d'autres n'ont pas observé de différence significative entre les filles et les garçons quant au lien de proximité avec l'agresseur (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010; Whealin, Zinzow, Salstrom et Jackson, 2007). Les filles victimes vivraient également plus d'épisodes d'AS que les garçons (Coohey, 2010; Soylu *et al.*, 2016). En ce qui a trait à la sévérité de l'AS, certaines études soulignent que les filles sont davantage victimes de pénétration (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010), alors que d'autres mentionnent que ce serait plutôt les garçons qui vivraient davantage de gestes intrusifs (Edinburgh, Saewyc et Levitt, 2006; Soylu *et al.*, 2016, Villeneuve Cyr et Hébert, 2011).

Les études portant sur la différenciation des genres quant aux caractéristiques des AS mentionnent donc des résultats divergents. Cependant, la majorité semble relever des différences entre les garçons et les filles. Puisque les symptômes associés à l'AS semblent être influencés par les caractéristiques de l'agression (Hébert *et al.*, 2006; Yancey et Hansen, 2010), celles-ci pourraient jouer un rôle médiateur entre le genre et les symptômes. Par exemple, l'hypothèse mentionnant que les garçons seraient davantage victimes de gestes intrusifs et associés à l'usage de la force pourrait expliquer la présence de problèmes extériorisés plus fréquents chez les garçons (Banyard *et al.*, 2004). Les filles pourraient vivre un nombre plus élevé d'épisodes

d'AS et être victimes par une personne ayant un plus grand lien de proximité avec elles, ce qui pourrait expliquer qu'elles révèlent davantage de SSPT.

2.2 Assises conceptuelles sur les conséquences liées à l'agression sexuelle

On retrouve dans la littérature deux modèles conceptuels incontournables afin d'expliquer la multiplicité des conséquences observées chez les enfants victimes d'AS : le modèle dynamiques traumatogéniques de Finkelhor et Browne (1985) et modèle transactionnel de Spaccarelli (1994). Certaines variables présentes dans ces modèles ont été considérées lors de l'élaboration du modèle de médiation proposé dans ce mémoire.

2.2.1 Modèle des dynamiques traumatogéniques de Finkelhor et Browne

D'abord, le modèle de Finkelhor et Browne (1985) propose quatre dynamiques traumatogéniques expliquant la diversité des conséquences chez les enfants victimes d'AS. En premier lieu, la *sexualisation traumatique* signifie que l'enfant peut développer une sexualité inadaptée pour son développement, par exemple en ayant eu des privilèges en échange de comportements sexuels inappropriés. En deuxième lieu, la *trahison* peut amener l'enfant victime à avoir des difficultés à établir des relations de confiance, soit parce que l'adulte agresseur a brisé sa confiance, soit parce qu'un autre adulte n'a pas su le protéger. En troisième lieu, le sentiment d'*impuissance* vécu par l'enfant découle du fait que sa volonté, son sentiment de contrôle, ses désirs et son sentiment d'efficacité ont été transgressés et que son corps a été envahi. En dernier lieu, la *stigmatisation* fait référence aux commentaires et comportements de l'agresseur et de l'entourage de la victime qui peuvent blesser l'enfant. Cette dynamique est associée à des sentiments de honte et de culpabilité. Il est possible de penser que les garçons vivraient davantage de stigmatisation liée à l'homosexualité, puisque la majorité des agresseurs sexuels d'enfants sont des hommes, comme il a été

discuté précédemment. Les réactions de l'entourage, par exemple un manque de soutien, pourraient également contribuer au sentiment de culpabilité chez les garçons. Par exemple, Gagnier et Collin-Vézina (2016) précisent que la majorité des hommes de leur échantillon composé d'adultes victimes d'AS ont vécu une expérience négative à la suite du dévoilement (ex : ils n'ont pas été crus ou ont reçu des menaces). Selon le Finkelhor et Browne (1985), les conséquences qui découlent de la stigmatisation peuvent être des troubles de conduite, comme l'abus de drogue ou d'alcool et la participation à des activités criminelles. Il serait donc possible de s'attendre à ce que les garçons aient un plus grand sentiment de culpabilité que les filles, et développeraient davantage de problèmes de comportement extériorisés à la suite d'une AS.

2.2.2 Modèle transactionnel de Spaccarelli

Le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994) propose différents facteurs pouvant influencer l'émergence de conséquences psychologiques vécues par les enfants victimes d'AS (voir Figure 2.1). Les deux variables directement associées à ces conséquences sont les stratégies d'adaptation et les cognitions et attributions (ex : sentiment de blâme, diminution de l'estime de soi) utilisées par l'enfant. Ces deux variables seraient également influencées par les caractéristiques de l'AS (ex : durée, sévérité), les événements entourant l'AS (ex : changements dans la structure familiale) ainsi que les événements entourant le dévoilement (ex : réactions des parents, entrevues policières). De plus, le modèle inclut les ressources de soutien et différentes variables modératrices, comme le genre, l'âge et la personnalité de l'enfant. L'ensemble de ces variables personnelles et environnementales permettent de comprendre les possibles réactions et conséquences de l'enfant à la suite d'un événement stressant comme une AS. Les variables suivantes ont été intégrées au modèle de médiation proposé dans cette recherche : les symptômes psychologiques, les cognitions, le genre et les caractéristiques de l'AS.

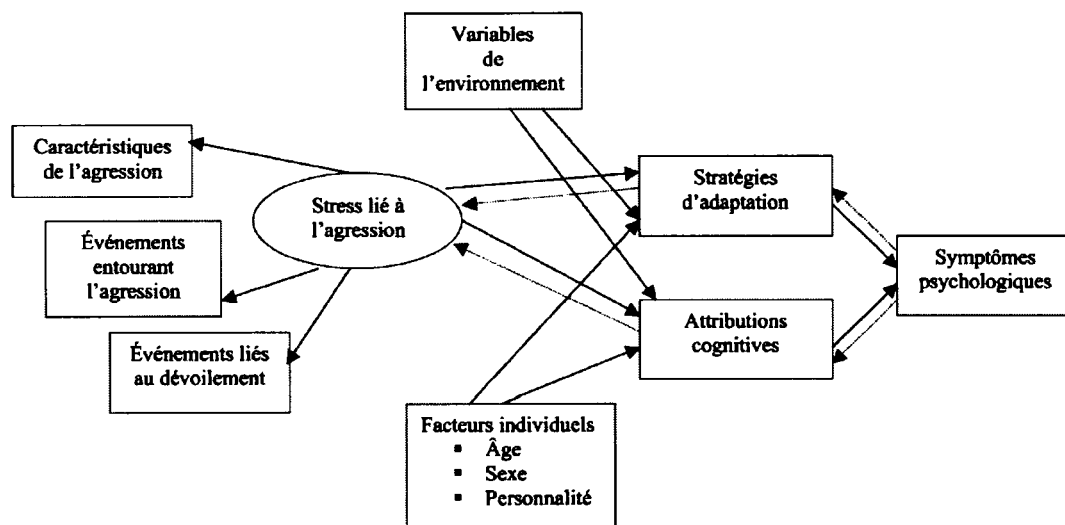


Figure 2.1 Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994)

Note. Traduction tirée de Monette, Tourigny et Daigneault (2008)

CHAPITRE III

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Le premier objectif de ce mémoire est d'observer les différences entre les garçons et les filles, âgés de 6 à 12 ans, victimes d'AS quant aux caractéristiques de l'AS vécue (sévérité, durée, identité de l'agresseur, etc.) et les conséquences qui y sont associées (SSPT, problèmes de comportement intériorisés et extériorisés). Le second objectif est de tester un modèle de médiation des symptômes associés à l'AS en fonction du genre de l'enfant victime. Cette étude permettra de pallier les principales limites rencontrées dans les recherches sur les AS vécues durant l'enfance. L'échantillon est composé d'enfants âgés de 6 à 12 ans ayant été victimes d'AS dont le nombre de garçons sera assez important pour permettre de comparer les filles et les garçons victimes. L'inclusion de variables médiatrices, soit le sentiment de culpabilité et les caractéristiques de l'AS, permettra de tenter d'expliquer le lien entre le genre de l'enfant et les conséquences associées à l'AS.

En considérant l'ensemble des pistes théoriques et certains résultats présentés dans l'état des connaissances, un modèle de médiation des conséquences de l'AS en fonction du genre de l'enfant victime a été élaboré et est ici proposé (voir Figure 3.1).

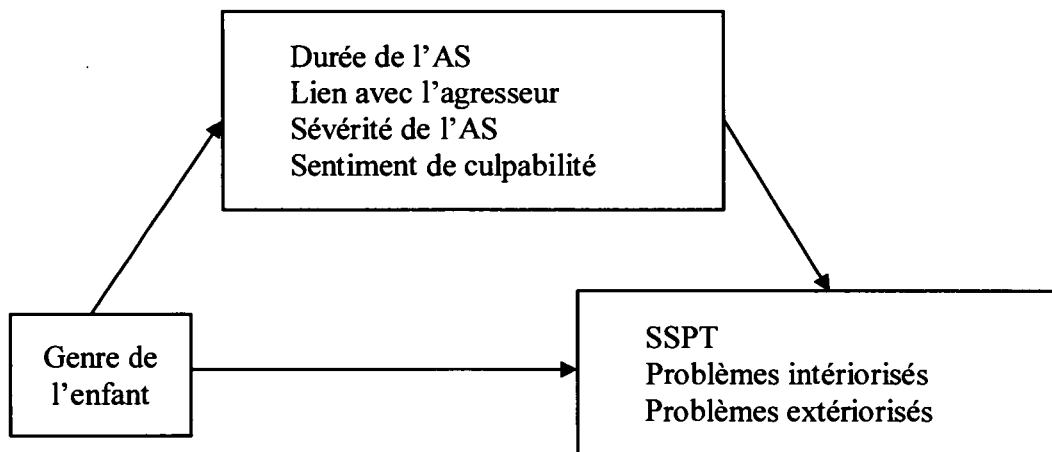


Figure 3.1 Modèle de médiation des conséquences de l'AS selon le genre de l'enfant victime

Dans ce modèle, le genre de l'enfant pourrait avoir un impact direct sur les conséquences associées à l'AS. La sévérité et la durée de l'AS sont des caractéristiques de la situation vécue qui pourraient être des variables médiatrices entre le genre de la victime et les conséquences vécues. De plus, un plus grand sentiment de culpabilité pourrait également être associé à davantage de difficultés, comme il est décrit dans les modèles de Finkelhor et Browne (1985) et de Spaccarelli (1994).

La première hypothèse de l'étude serait que les filles victimes d'AS auraient davantage de SSPT et de problèmes de comportement intériorisés, ce qui pourrait être expliqué par des situations d'AS répétées et un lien de proximité avec l'agresseur. La deuxième hypothèse serait que les garçons exprimeraient davantage de problèmes extériorisés, ce qui pourrait être expliqué par des gestes d'agression plus sévères que les filles et un plus grand sentiment de culpabilité.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Cette recherche a été réalisée dans le cadre d'une plus vaste étude longitudinale, financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, portant sur les trajectoires des enfants victimes d'AS et leur famille. Les enfants, les parents, les enseignants et les intervenants ont été sollicités pour remplir des questionnaires.

4.1 Participants

L'échantillon comprend 447 enfants (319 filles et 128 garçons), âgés de 6 à 12 ans victimes d'AS. Ils étaient accompagnés d'une figure parentale significative (qui n'était pas l'agresseur) ou d'un intervenant-accompagnateur (ex : éducatrice en Centre jeunesse). Les participants devaient parler français ou anglais afin de comprendre la nature du projet et les questions qui leur étaient posées. Pour que la situation d'AS soit incluse dans l'étude, il devait y avoir eu des verbalisations de l'enfant, de l'agresseur ou d'une personne ayant été témoin de la situation d'AS. Les gestes inclus comme étant une AS sont : exhibitionnisme (exposition des parties génitales de l'agresseur sans toucher), voyeurisme (exposition des parties génitales de l'enfant sans toucher), baisers, exposition à du matériel pornographique, contact physique par-dessus les vêtements (masturbation ou caresses), contact physique sous les vêtements, attouchements génitaux, contact oral génital, pénétration ou tentative de pénétration (digitale, orale, vaginale, anale ou avec un objet). Les enfants ayant une déficience intellectuelle sévère ou des retards significatifs de langage empêchant

de remplir les questionnaires n'ont pas été rencontrés. Les participants ont été recrutés lors de leur évaluation initiale dans différents sites offrant des services spécialisés pour les victimes d'AS, soit la Clinique pédiatrique sociojuridique du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, le Centre d'expertise Marie-Vincent, le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille ainsi qu'à Parents-Unis Repentigny Lanaudière. Les garçons et les filles de l'étude avaient des caractéristiques sociodémographiques similaires. Le type d'échantillonnage utilisé est non probabiliste (de convenance), car les participants ont été recrutés lors de leur présence dans un site de collecte particulier.

4.2 Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique. Les adultes-accompagnateurs ont rempli un court questionnaire incluant des données sociodémographiques, comme des informations concernant le genre de l'enfant, sa date de naissance, la structure familiale, le revenu familial, le niveau de scolarité des parents, etc.

Caractéristiques de l'AS. Une version adaptée du *History of Victimization Form* (HVF; Parent et Hébert, 2006) a été utilisée afin de recueillir les caractéristiques de l'AS à partir des renseignements disponibles dans le dossier médical ou clinique de l'enfant. Dans ce questionnaire, des données concernant la sévérité des gestes posés par l'agresseur sont présentées. L'échelle de sévérité est 1 = exhibitionnisme, voyeurisme, baisers, exposition à du matériel pornographique, contact physique par-dessus les vêtements, 2 = contact physique sous les vêtements, attouchements génitaux et 3 = contact oral génital, pénétration ou tentative de pénétration. La durée de l'AS a été catégorisée comme étant 1 = épisode unique, 2 = plusieurs événements (moins de 6 mois) et 3 = répétitif ou chronique (plus de 6 mois). Une échelle de 4 points a été utilisée pour coter l'identité de l'agresseur : 1 = un membre de la famille immédiate (parent, fratrie, conjoint du parent, enfant du conjoint du parent), 2 = un

membre de la famille éloignée (grand-parent, oncle, tante, cousin), 3 = une connaissance de l'enfant (ex : gardien, voisin, ami de la famille) et 4 = un inconnu. Le genre et l'âge de l'agresseur sont également des informations se retrouvant dans le HVF.

SSPT et sentiment de culpabilité. Les enfants ont complété le *Children's Impact of Traumatic Events Scale II* (CITES-II; Wolfe, 2002) qui comprend 46 items sur les symptômes de réexpérimentation, d'évitement et d'hypervigilance associés à la situation d'AS. Les enfants devaient répondre aux questions en se référant aux symptômes vécus dans le dernier mois. Une sous-échelle du CITES-II, qui comprend 3 items, mesure le sentiment de culpabilité de l'enfant spécifique à l'AS. Les choix de réponses de cet instrument sont 0 = Faux, 1 = Un peu vrai et 2 = Très vrai. Les scores sont calculés en additionnant les résultats de chaque item. Les scores varient de 0 à 92 pour l'échelle globale et de 0 à 6 pour la sous-échelle sur le sentiment de culpabilité.

Problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. Les adultes-accompagnateurs ont complété le *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach et Rescorla, 2001). Cet instrument, composé de 113 items, porte sur les problèmes de comportement observés depuis les deux derniers mois chez les enfants âgés de 6 à 18 ans. Les problèmes intériorisés réfèrent aux sous-échelles d'anxiété/dépression, de retrait et de somatisation. Les problèmes extériorisés incluent des comportements de délinquance et d'agressivité. Les choix de réponse sont 0 = Faux ou ne s'applique pas, 1 = Plus ou moins ou parfois vrai et 2 = Toujours ou souvent vrai. Les scores-T basés sur des échantillons de la population générale, normalisés selon le genre et l'âge, ont été utilisés pour les analyses.

4.3 Procédures

Les familles ont été sollicitées pour participer à la recherche lors de leur visite à un site qui offre des services spécialisés pour les enfants victimes d'AS. Pour celles qui ont accepté de participer, le formulaire de consentement a été expliqué et signé. L'enfant a rempli le questionnaire dans une pièce seul avec une assistante de recherche. La passation du questionnaire durait environ une heure. L'adulte-accompagnateur pouvait remplir le questionnaire en auto-administré ou avec l'aide d'une assistante de recherche, selon son choix. Cette passation était d'une durée d'une heure et trente minutes. À la Clinique pédiatrique sociojuridique du CHU Sainte-Justine et à Parents-Unis Repentigny Lanaudière, une compensation financière de 20 \$ a été remise à l'adulte-accompagnateur et des surprises (livres, cahiers à colorier, collants, jouets, etc.) à l'enfant.

4.4 Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine ainsi que le Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal. Vu le sujet sensible sur lequel porte la recherche, la confidentialité a été assurée aux participants. Puisque ce sont des enfants qui participaient à l'étude, l'autorisation écrite du tuteur légal était exigée. Les assistantes de recherche qui accompagnaient les familles dans la complétion des questionnaires étaient des personnes qui avaient une formation universitaire en psychologie ou en sexologie. Des professionnelles de recherche travaillant sur la thématique des AS pouvaient également assister les participants pour répondre aux questionnaires. Un dépliant incluant des ressources d'aide a été offert aux familles rencontrées au CHU Sainte-Justine.

4.5 Stratégies d'analyses

Dans un premier temps, à l'aide du logiciel SPSS version 21.0, des analyses descriptives (chi-carré et tests-t) ont été réalisées afin d'examiner les différences de genre des enfants victimes. Les caractéristiques des situations d'AS ainsi que les symptômes associés à l'AS ont été examinés. Dans un deuxième temps, des analyses de corrélation ont été effectuées afin de présenter les relations entre les différentes variables à l'étude. Dans un troisième temps, des analyses acheminatoires, réalisées via le logiciel Mplus version 7.0 (Muthén et Muthén, 1998-2015), ont été effectuées afin de tester le modèle de médiation. Ce type d'analyse permet de vérifier les effets de médiation entre les différentes variables de façon simultanée. Plusieurs indices ont été utilisés afin de vérifier si le modèle spécifié représente les données de manière adéquate. Un chi-carré non significatif ou un ratio du chi-carré sur les degrés de liberté inférieur à 3 (Jöreskog et Sörbom, 1993), un CFI (*Comparative Fit Index*) supérieur à 0,95 (Hu et Bentler, 1999) et un RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) plus petit que 0,06, avec un intervalle de confiance (IC) à 90 % se situant entre 0,00 et 0,08 (Hu et Bentler, 1999), indiquent tous un bon ajustement.

CHAPITRE V

ARTICLE

GENDER AS A PREDICTOR OF POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS
AND EXTERNALIZING BEHAVIOR PROBLEMS IN SEXUALLY ABUSED
CHILDREN

Amélie Gauthier-Duchesne

Martine Hébert

Marie-Ève Daspe

Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

Article accepté pour publication le 19 décembre 2016 et sous presse pour la revue
Child Abuse & Neglect

Abstract

Despite the proliferation of studies documenting outcomes in sexually abused victims, gender differences remain understudied. The bulk of studies have relied on retrospective samples of adults with insufficient representation of male victims to explore gender specificities. This study examined differential outcomes among boy and girl victims of sexual abuse. A predictive model of outcomes including abuse characteristics and sense of guilt as mediators was proposed. Path analysis was conducted with a sample of 447 sexually abused children (319 girls and 128 boys), aged 6 to 12. Being a girl was a predictor of posttraumatic stress symptoms, while being a boy was a predictor of externalizing problems. Being a boy was also associated with more severe abuse, which in turn predicted posttraumatic stress symptoms. Child's gender was not related to perpetrator's relationship to the child or sense of guilt. However, sense of guilt predicted posttraumatic stress symptoms and externalizing problems while perpetrator's relationship to the child predicted externalizing problems. Gender specificities should be further studied among sexually abused children, as boys and girls appear to manifest different outcomes. Sense of guilt should be a target in intervention for sexually abused children, as results highlight its link to heightened negative outcomes.

Keywords: gender differences, child sexual abuse, posttraumatic stress disorder, externalizing problems, sense of guilt, abuse characteristics

GENDER AS A PREDICTOR OF POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS AND EXTERNALIZING BEHAVIOR PROBLEMS IN SEXUALLY ABUSED CHILDREN

Sexual abuse (SA) is an important social issue that affects both girls and boys. According to a worldwide meta-analysis, 1 in 5 women and 1 in 10 men report being sexually victimized prior to the age of 18 (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Past studies have clearly demonstrated that childhood SA is a significant risk factor for depression, anxiety, low self-esteem, suicide attempts, as well as alcohol and drug dependence (Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013). In the short term, children who have disclosed sexual abuse are likely to show posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms (Hébert, Langevin, & Daigneault, 2016). In addition, relative to their non-abused peers, child victims present significant depressive and anxiety symptoms and externalizing behavior problems such as anger and aggressiveness (Hébert, 2011).

With the aim of orienting treatment priorities and identifying relevant targets for intervention, studies have explored factors that impact severity of symptoms, including characteristics of the abuse sustained (severity of the acts, duration of the abuse, the perpetrator's relationship to the child), attributions, coping strategies, as well as social support (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia, & Cortés, 2011; Zajac, Ralston, & Smith, 2015). Besides these potential factors, gender of the child victim may be associated with outcomes of SA. Yet, few studies have explored gender differences among sexually abused children. In the vast majority of childhood SA studies, boys are either completely absent from samples or insufficiently represented, making it difficult to conduct gender-specific analyses (Maikovich-Fong & Jaffee, 2010; Villeneuve Cyr & Hébert, 2011).

Gender differences: Findings from past studies

Past studies of adult samples suggest that sexually abused women report more internalizing problems than sexually abused men, as well as PTSD (Blain, Galovski, & Robinson, 2010). For women survivors of SA, some studies suggest that they have more anxiety and depressive symptoms (Banyard, Williams, & Siegel, 2004). However, other studies report no gender differences between men and women victims of SA regarding depressive symptoms (Arnow, Blasey, Hunkeler, Lee, & Hayward, 2011) and PTSD (Tolin & Foa, 2006). Adult victims were also found more likely to have alcohol and drug problems than non-adult victims, but those risks appear similar for men and women (Dube et al., 2005). From their 30-year longitudinal study on survivors of SA, Fergusson and his colleagues (2013) observed that gender did not impact adult developmental outcomes. While studies among adult samples are important to document long-term SA consequences, retrospective studies may include biases related to memory and may introduce significant measurement error (Hardt & Rutter, 2004).

Gender differences have also been explored in samples of teenagers and children. Sexually abused teenaged boy victims seem to express more externalizing difficulties, such as delinquent behaviors, sexual risk behaviors and alcohol and drug abuse compared to sexually abused girls (Chandy, Blum, & Resnick, 1996; Garnefski & Arends, 1998). In their study based on examination of judicial and social reports, Soyulu et al. (2016) observed that girl victims under 18 had more psychiatric and major depressive disorder than boys ($n = 248$), yet PTSD was as prevalent in girls and boys. According to Villeneuve Cyr and Hébert (2011), school-aged SA girls reported more PTSD and anxiety symptoms than boys. Boys ($n = 33$) tended to have more externalizing behaviors than girls whereas no gender difference was found for internalizing problems (Villeneuve Cyr & Hébert, 2011). These results are in contrast with those reported by Coohey (2010) with preteens aged 11 to 14. This study

pointed out that boys ($n = 31$) were twice as likely to have internalizing behaviors (52% vs. 24%) than girls (Coohey, 2010). However, Coohey argued that “sexually abused boys may be more likely to internalize during early adolescence and externalize during later adolescence, whereas sexually abused girls may be more likely than boys to exhibit internalizing behavior throughout adolescence” (Coohey, 2010, p. 860). Another study conducted by Maikovich-Fong and Jaffee (2010) observed no difference between boy ($n = 117$) and girl victims of SA, aged 4 to 16, for internalizing, externalizing and PTSD symptoms.

These contradictory results may relate to methodological differences, including the age of the participants in the different samples, the definition of SA that varied across these three studies, and the underrepresentation of boys. Indeed, studies on children and adolescents who have disclosed SA usually included around 30 boys only (Feiring, Taska, & Lewis, 1999), which limits the power to detect significant differences. Analyses of gender differences among SA victims are often limited to descriptive analyses and few studies have examined possible explanatory mechanisms. The present study will attempt to overcome these limitations by testing mediators of the relation between gender and outcomes in a large school-aged sample of SA victims.

Gender differences: Potential interpretations

A number of interpretations can be considered to account for gender differences in SA outcomes. First, gender role in socialization may contribute to gender differences. For example, boys may be less often reprimanded than girls for displaying aggressive behaviors, making them more likely to develop externalizing symptoms, and making the latter more prone to develop internalized symptoms.

Second, the SA experienced by boys and girls might be different, which could impact the type and intensity of outcomes. For example, some studies have revealed that SA perpetrated toward boys is more likely to involve severe or intrusive gestures (Edinburgh, Saewyc, & Levitt, 2006; Soyly et al., 2016; Villeneuve Cyr & Hébert, 2011). The greater severity of SA experienced by boys may explain the higher level of externalizing problems observed among male victims (Banyard et al., 2004). Being a girl seems to be associated with longer duration of SA and a closer perpetrator (Coohey, 2010; Soyly et al., 2016; Villeneuve Cyr & Hébert, 2011). These characteristics may negatively influence SA outcomes (Hébert et al., 2006; Yancey & Hansen, 2010).

Third, boys may experience more guilt because of the internalized stigma related to same gender perpetrator (Banyard et al., 2004). The vast majority of reported child abusers are male (Dube et al., 2005; Soyly et al., 2016), which means that boys, compared to girls, are often abused by a same gender person. This might create an additional issue, unique to boys, about masculinity and sexual orientation (Banyard et al., 2004). Boys may report a greater sense of guilt because they may perceive that they were not able to protect themselves, which is a prescribed role for men. In fact, these gender norms may reinforce guilt felt by boys, which may influence outcomes and delay disclosure (Gagnier & Collin-Vézina, 2016). Sense of guilt and self-blame are correlates that have been shown to mediate SA outcomes (Feiring & Cleland, 2007), such as PTSD symptoms (Cantón-Cortés et al., 2011). According to the traumagenic dynamics theory of Finkelhor and Browne (1985), stigmatization, which encompasses guilt and shame, contributes to the apparition of externalizing behavior problems (drug and alcohol abuse, criminal activity, suicide attempts). If boys do indeed have a higher sense of guilt than girls, they may consequently develop more externalized behavior problems following SA.

The present study

The aim of this study is to examine the role of gender in SA outcomes across 6 to 12 year old child victims of SA. A predictive model of SA outcomes including SA characteristics and sense of guilt as mediators (see Figure 1) is proposed. We hypothesize that being a girl will predict more PTSD symptoms and that this association will be mediated by the frequency of SA and the relationship with the perpetrator. We also hypothesize that being a boy will be associated with more behavior problems and that this relationship will be mediated by the severity of the abuse and sense of guilt.

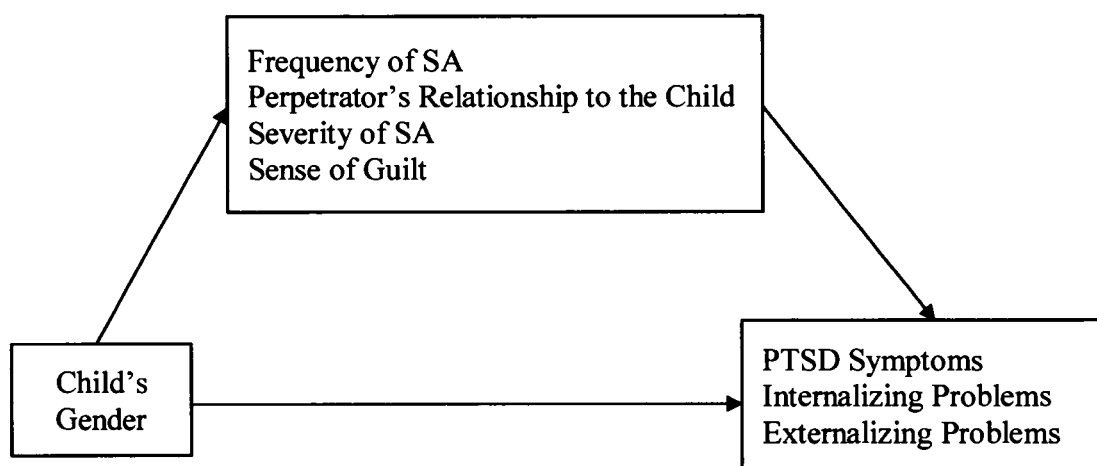


Figure 5.1 Conceptual mediation model of the correlates of child sexual abuse.

Method

Participants

The sample consisted of 447 sexually abused children (319 girls and 128 boys), aged 6 to 12 ($M = 8.99$, $SD = 2.05$) and one of their non-offending parental figures (347

mothers, 51 fathers, 45 other significant parental figures and 4 youth center educators). Participants were recruited during the initial evaluation at different centers located in the province of Quebec offering specialized services for sexually abused children. All families of children aged 6 to 12 consulting the agencies were invited to participate and during the study, 447 families accepted to participate while 42 out of 489 eligible families declined to participate. A total of 86.3% of the participants were French Canadians. Table 1 shows socio-demographic characteristics for the sample. No significant difference was observed between girls and boys for any of these characteristics.

Table 5.1

Socio-demographic Characteristics for Girls and Boys

Characteristic	Girls (<i>n</i> = 319)	Boys (<i>n</i> = 128)	Statistical tests	<i>p</i>
Mean age (SD)	9.07 (2.02)	8.79 (2.11)	$t_{(445)} = 1.29$	.197
Family structure			$\chi^2_{(3)} = 6.75$	.080
Intact family	18.1%	17.2%		
Single-parent family	44.1%	38.3%		
Stepfamily	27.9%	25.8%		
Foster family	9.8%	18.8%		
Family income			$\chi^2_{(3)} = 0.84$	.839
Less than \$20,000	32.8%	33.1%		
\$20,000 to \$39,999	27.6%	28.0%		
\$40,000 to \$59,999	17.7%	14.4%		
\$60,000 and more	21.8%	24.6%		
Mother's education level			$\chi^2_{(3)} = 3.75$	.290
Primary school	6.0%	1.7%		
High school	45.0%	45.4%		
College	36.8%	41.2%		
University	12.3%	11.8%		
Father's education level			$\chi^2_{(3)} = 2.29$	.515
Elementary school	11.1%	7.1%		
High school	50.2%	47.5%		
College	25.1%	31.3%		
University	13.6%	14.1%		

Measures

Socio-demographic Characteristics. Parental figures completed a questionnaire on socio-demographic regarding family structure, family income, education level, child's age and child's gender. Child's gender was coded as follows: 0 = girl, 1 = boy.

Characteristics of SA. An adaptation of the *History of Victimization Form* (HVF; Parent & Hébert, 2006) was used to codify SA characteristics based on information from the child's medical or clinical record by trained research assistants. Prior analyses of inter-rater reliability were based on 30 records and indicated high agreement; the median intraclass correlation was .86 (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006). When information regarding SA history and characteristics was missing from the medical or clinical record, we inquired from other sources (parental figures). Otherwise, the lacking information was treated as missing data. The severity of the acts involved was coded as 1 = less severe (exhibitionism, voyeurism, kisses, exposure to pornographic material, physical contact over clothing), 2 = severe (physical contact under clothing, touching of the genitals), and 3 = very severe (oral sex, vaginal or anal penetration or attempted penetration). The frequency of the SA was categorized as 1 = single episode, 2 = some events (less than 6 months), and 3 = repetitive or chronic (more than 6 months). Perpetrator's relationship to the child included four categories: 1 = immediate family (parent, stepparent, sibling and stepparent's child), 2 = extended family (uncle, aunt, cousin and grandparent), 3 = family acquaintance (such as foster parent, daycare provider, child's friend, neighbor) and 4 = stranger. For the few situations that involved more than one perpetrator ($n = 27$), the variable was coded for the perpetrator who had the closest relationship to the child. Gender and age of the perpetrator were also collected in the HVF.

PTSD Symptoms and Sense of Guilt. Children completed the *Children's Impact of Traumatic Events Scale II* (CITES-II; Wolfe, 2002). The scale includes 46 items evaluating re-experiencing symptoms, avoidant behaviors and hyperarousal problems. Participants answered questions by referring to the SA symptoms experienced in the last month. A subscale of the CITES-II, which includes 3 items, measured the sense of guilt revealed by the child specific to the SA experienced. The scale for each item of the CITES-II is 0 = not true, 1 = sometimes true, and 2 = very true. Scores are calculated by adding the results of each item and ranged from 0 to 92 for the global scale and from 0 to 6 for the sense of guilt subscale. Internal consistency was excellent for the global PTSD symptoms subscale ($\alpha = .92$) and acceptable for the sense of guilt subscale ($\alpha = .71$).

Internalizing and Externalizing Behavior Problems. The *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) was completed by the parental figure. This instrument, consisting of 113 items, covers behavioral problems observed in the last two months in children aged 6 to 18. Internalizing problems include anxious/depressed symptoms, withdrawal and somatic complaints. Externalizing problems refer to rule-breaking and aggressive behaviors. Each item of the CBCL is ranked using the following scale: 0 = not true, 1 = somewhat or sometimes true, and 2 = very true or often true. *T*-scores based on normalization samples were used for this scale. *T*-scores above 63 on the internalizing and externalizing subscales are considered clinically significant (Achenbach & Rescorla, 2001). A total of 39.8% of the sample reached the clinical threshold for internalizing problems and 46.8% for externalizing problems. For this study, internal consistency was good for internalizing problems ($\alpha = .88$) and excellent for externalizing problems ($\alpha = .93$).

Procedure

Families were invited to participate in the research project on children victims of SA and their parents during their first visit to the specialized center. For those who agreed, the consent form was explained and signed. Confidentiality was assured to participants. The child completed the questionnaire with the assistance of a trained research assistant in psychology or sexology. Meanwhile, the parent was asked to complete a questionnaire alone or with the assistance of a research assistant if needed. This study was approved by the Human Research Review Committee of Ste-Justine Hospital and the Human Research Review Committee of the Université du Québec à Montréal.

Data Analysis

T-tests and chi-square tests were first conducted to examine gender differences in characteristics and symptoms of SA. In addition, correlational analyses allowed the identification of variables that were significantly associated with the victim's gender as well as examination of associations between the studied variables. Results were used to identify the relevant variables to be included in the model. Path analysis was conducted to test the predictive model of PTSD symptoms and externalizing behaviors with victim's gender as the exogenous variable and abuse characteristics as well as guilt as mediators. Various indices were used to determine whether the specified model adequately fitted the observed data. Good fit was indicated by a non-significant chi-square or a ratio of chi-square to degrees of freedom (χ^2/df) less than 3 (Jöreskog & Sörbom, 1993), a comparative fit index (CFI) higher than .95 (Hu & Bentler, 1999), and root mean square error of approximation (RMSEA) less than .06 with a confidence interval (CI) ranging between .00 and .08 (Hu & Bentler, 1999). Considering the small proportion of missing data (between 0.4% and 5.8%) for the

studied variables and a non-significant result for the Little test ($\chi^2(73) = 71.606, p = .524$), data was assumed to be missing completely at random. Mplus 7.0 (Muthén & Muthén, 1998-2015) was used to perform path analysis.

Results

Gender differences in characteristics of SA

Chi-square tests showed some gender differences in characteristics of SA experienced (see Table 5.2). First, boys (74.6%) were more likely than girls (56.4%) to have suffered intrusive acts ($\chi^2_{(2)} = 12.64; p = .002$). Second, regarding duration of the SA, half (51.3%) of the boys had experienced some events of SA, compared to 1 in 3 (36.4%) girls ($\chi^2_{(2)} = 7.87, p = .020$). Girls (38.1%) were more likely to report repetitive or chronic events than boys (30.2%), but this difference was not statistically significant. Third, just over half (52.2%) of the girls were abused by an adult aged between 20 and 59 years old, compared to 37.1% of the boys ($\chi^2_{(3)} = 14.45; p = .002$). The boys (43.6%) were in turn more often the victims of a juvenile perpetrator under 15 years old than girls (27.6%). No gender difference was found regarding perpetrator's relationship to the child ($\chi^2_{(3)} = 1.36; p = .716$) and perpetrator's gender ($\chi^2_{(1)} = 0.39; p = .532$), which was, for the majority of the sample, a male family member.

Table 5.2

SA Characteristics in Percentage (Adjusted Residuals) for Girls and Boys

Characteristic	Girls (<i>n</i> = 319) ^a	Boys (<i>n</i> = 128) ^a	Statistical tests	<i>p</i>
Severity level of SA			$\chi^2_{(2)} = 12.64$	.002
Less severe	12.1 (1.5)	7.1 (-1.5)		
Severe	31.5 (2.8)	18.3 (-2.8)		
Very severe	56.4 (-3.6)	74.6 (3.6)		
Frequency of SA			$\chi^2_{(2)} = 7.87$	.020
Single episode	25.5 (1.5)	18.5 (-1.5)		
Some events	36.4 (-2.8)	51.3 (2.8)		
Repetitive or chronic	38.1 (1.5)	30.2 (-1.5)		
Perp. relationship to child			$\chi^2_{(3)} = 1.36$	.716
Immediate family	54.1 (1.0)	48.8 (-1.0)		
Extended family	19.2 (-.7)	22.0 (.7)		
Family acquaintance	24.5 (-.7)	27.6 (.7)		
Stranger	2.2 (.4)	1.6 (-.4)		
Perpetrator's gender			$\chi^2_{(1)} = 0.39$	.532
Male	93.7 (-.6)	95.2 (.6)		
Female	6.3 (.6)	4.8 (-.6)		
Perpetrator's age			$\chi^2_{(3)} = 14.45$	.002
Less than 15 years old	27.6 (-3.2)	43.6 (3.2)		
15-19 years old	11.9 (-1.0)	15.3 (1.0)		
20-59 years old	52.2 (2.9)	37.1 (-2.9)		
60 years old or more	8.3 (1.6)	4.0 (-1.6)		

^a Because of missing data on some variables, number of participants ranges from 302 to 318 for girls and from 119 to 127 for boys.

Gender differences in symptoms of SA

T-tests (see Table 5.3) revealed that girls ($M = 46.09$; $SD = 17.15$) showed higher global PTSD scores ($t_{(425)} = 3.23$; $p = .001$; Cohen's $d = 0.35$) than boys ($M = 39.92$; $SD = 19.38$). As shown in Table 5.3, gender differences were observed for the three subscales of the CITES-II. No significant difference between girls and boys was observed for the sense of guilt specific to SA ($t_{(425)} = 1.05$; $p = .297$; Cohen's $d = 0.11$). Boys ($M = 64.71$; $SD = 10.86$) were reported by parents to display greater

externalizing behavior problems ($t_{(425)} = -3.76$; $p < .001$; Cohen's $d = 0.40$) than girls ($M = 60.09$; $SD = 11.84$). No significant difference was found for internalizing problems ($t_{(425)} = -1.58$; $p = .114$; Cohen's $d = 0.17$) except for the withdrawal subscale ($t_{(425)} = -3.21$; $p = .001$; Cohen's $d = 0.34$), where boys ($M = 63.23$; $SD = 10.18$) had higher scores than girls ($M = 60.05$; $SD = 8.99$).

Table 5.3

Mean Differences between Girls and Boys on Outcomes Variables

Variable	Girls		Boys		$t_{(425)}$	p	Cohen's d
	M	SD	M	SD			
PTSD symptoms	46.09	17.15	39.92	19.38	3.23	.001	0.35
Re-experiencing	12.83	6.68	9.61	7.09	4.41	<.001	0.43
Avoidance	18.30	6.01	16.95	6.81	2.01	.045	0.21
Hyperarousal	14.97	6.86	13.29	7.71	2.20	.028	0.21
Sense of guilt	1.56	1.76	1.36	1.79	1.05	.297	0.11
Internalizing problems	59.55	11.63	61.44	10.29	-1.58	.114	0.17
Anxious/depressed	60.72	9.56	61.82	9.34	-1.09	.276	0.12
Withdrawn	60.05	8.99	63.23	10.18	-3.21	.001	0.34
Somatic complaints	57.84	7.87	57.79	7.20	0.07	.946	0.01
Externalizing problems	60.09	11.84	64.71	10.86	-3.76	<.001	0.40
Rule-breaking	59.94	8.58	62.75	9.16	-3.02	.003	0.32
Aggressive	62.32	10.75	66.98	11.80	-3.97	<.001	0.42

Correlations between the studied variables

Table 5.4 shows, for the total sample, correlation coefficients, means and standard deviations for characteristics and symptoms of SA. Severity was the only characteristic of SA associated with higher scores of PTSD symptoms. Furthermore, externalizing problems were associated with only one characteristic of SA, which is perpetrator's relationship to the child: a closer relationship to the perpetrator was associated to lower externalizing problems. PTSD symptoms and externalizing problems were both positively associated with child's sense of guilt. Because the frequency of SA, perpetrator's gender and perpetrator's age were not associated with

any symptom of SA, they were not included into the predictive model. As internalizing problems were not associated with the child's gender, sense of guilt or abuse characteristics, the variable was excluded from the path model.

Table 5.4

Summary of Correlations, Means and Standard Deviations for SA Characteristics and Scores on Outcomes Variables

Variables	1	2	3	4	5	6	M	SD
1. Severity of SA							-	-
2. Frequency of SA	.22***						-	-
3. Perp. relationship to the child	-.08	-.19***					-	-
4. Sense of guilt	.10*	.01	-.07				1.50	1.77
5. PTSD	.11*	-.01	.04	.40***			44.34	18.00
6. Internalizing problems	.04	.06	.08	.03	.16**		60.11	11.27
7. Externalizing problems	.05	.04	.14**	.11*	.20***	.67***	61.45	11.74

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

Mediation model

Path analysis was conducted to study gender as a predictor of SA symptoms, with sense of guilt and abuse characteristics as mediators. The Maximum Likelihood method of estimation was used and missing values were handled using Full Information Maximum Likelihood. The predictive model (see Figure 5.2) indicated a good fit to the data ($\chi^2_{(1)} = 0.07$; $p = .785$; $\chi^2/df = 0.07$; CFI = 1.00; RMSEA = 0.00 with 90% CI [0.00 to 0.08]). Being a girl predicted more PTSD symptoms ($\beta = -0.15$; $p < .001$), whereas being a boy predicted more externalizing problems ($\beta = 0.18$; $p < .001$). An indirect effect of gender on PTSD symptoms was also observed through severity of the abusive acts involved ($b = 0.61$ with 95% CI [0.11 to 1.37]), with a proportion of 9.9% of this effect going through abuse severity. Guilt and perpetrator's relationship to the child were not associated with child's gender ($\beta = -0.05$; $p = .297$ and $\beta = 0.04$; $p = .454$ respectively) and therefore did not mediate the relationship between gender, PTSD symptoms and externalizing problems. Results however suggest that sense of guilt was the most important predictor of PTSD symptoms ($\beta = 0.39$; $p < .001$), and also a predictor of externalizing problems ($\beta = 0.13$; $p = .008$). Moreover, having a distant relationship to the perpetrator predicted more externalizing problems ($\beta = 0.14$; $p = .003$), but was not associated with PTSD symptoms ($\beta = 0.07$; $p = .095$). The model explains 19% of the variance in PTSD symptoms and 7% of the variance in externalizing problems.

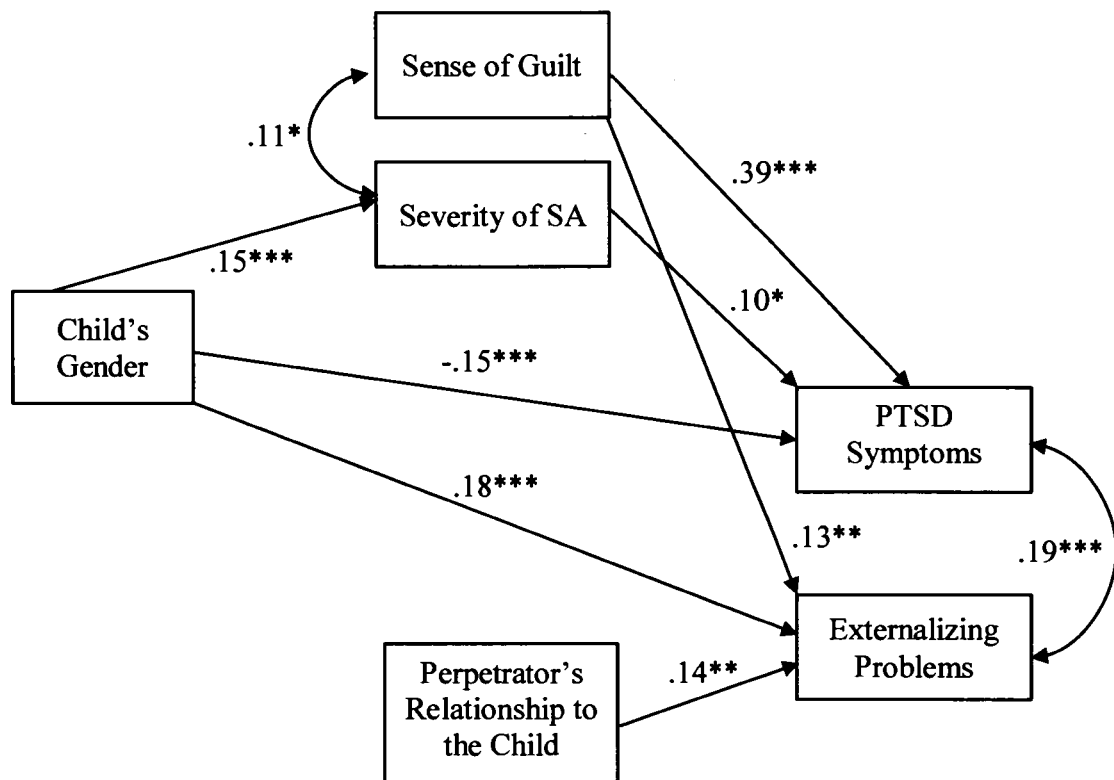


Figure 5.2 Mediation model of the correlates of child sexual abuse.

Notes. The model coefficients are standardized. Only significant paths are illustrated. Child's gender has been coded as 0 = girl and 1 = boy.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

Discussion

The aim of this study was to examine the role of gender in SA outcomes in school-aged victims of SA by testing a predictive model including abuse characteristics and sense of guilt as mediators. Results indicated that boy and girl victims of SA seem to manifest different symptoms. Indeed, boys were more likely to display externalizing behavior problems, which is consistent with the literature (Banyard et al., 2004). The association between gender and PTSD seemed to be more complex. Results

suggested that being a girl was directly associated with PTSD symptoms. For boys however, this relationship was mediated by the severity of abuse, as defined by the degree of intrusiveness of the sexual acts involved. Therefore, being a boy was related to a greater severity of abuse, which in turn predicted higher PTSD symptoms. Our results make an important contribution to better understanding the trajectories of children victims of SA, as few studies have included such a large number of boys in their samples. Girls seem more prone to experience traumatic symptoms (re-experiencing the trauma, avoidant behaviors and hyperarousal problems) following SA. For boys, the link between SA and PTSD symptoms seems less straightforward and more dependent on the type of abuse experienced. The current results suggest that boys are victims of more intrusive acts and that the more severe the abuse is, the more likely they are to experience PTSD symptoms.

Regarding externalizing symptoms, the current results suggest that compared to girls, boys express more aggressiveness and delinquency following SA. This is consistent with an interpretation that suggests that prescribed gender roles may influence SA outcomes (Banyard et al., 2004). Indeed, it is possible that boys express their negative emotions through these types of behavior problems, because it is more accepted for boys to show externalizing behaviors (Kim, Arnold, Fisher, & Zeljo, 2005). Another hypothesis that could explain why boys express more aggressiveness is the same gender-perpetrator issue (Banyard et al., 2004). Boys, who fear being stigmatized as homosexuals, may show more externalizing problems and less PTSD symptoms to correspond to gender norms (Connell, 2014). This interpretation is consistent with the idea that boys are confronted with additional issues impeding disclosure, such as fear of homophobic stigma (Collin-Vézina, De La Sablonnière-Griffin, Palmer, & Milne, 2015), and may be less likely to disclose abuse than girls (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009; O'Leary & Barber, 2008).

The variable that was the most important predictor of SA outcomes in the model is sense of guilt. Yet, no gender difference was apparent as boys and girls revealed similar means of sense of guilt. This absence of gender difference may be explained by the young age of participants, who may not have yet internalized social attributions of blame. Male victims may have greater guilt regarding the SA during adolescence or adulthood. In our study, children that revealed higher sense of guilt had more PTSD symptoms and more externalizing problems. Sense of guilt as a predictor of PTSD symptoms has been observed among adults victims of SA (Cantón-Cortés et al., 2011; Feiring & Cleland, 2007), but to our knowledge had not been explored with sexually abused children. As Finkelhor and Browne (1985) conceptualized, even for children, believing that the abuse is partly one's fault exacerbates SA outcomes. Our results suggest that the sense of guilt expressed by child victims is a better predictor of SA outcomes than SA characteristics.

While it was not a mediator, perpetrator's relationship to the child predicted externalizing behavior problems. Our results showed that the more distant the relationship between the child and the perpetrator, the more likely the child is to present externalizing problems. This result was unexpected and contrary to what is reported in the literature (Yancey & Hansen, 2010). It is important to remain critical about this result, considering the distribution of the variable (only 2% of the sample had been abused by a stranger and 73% by a family member). One hypothesis could be that the more distant perpetrators (e.g. stranger) are more likely to use force to perpetrate the acts of abuse (Fischer & McDonald, 1998) and that this violence is associated with greater externalizing symptoms (Yancey & Hansen, 2010). However, the use of force did not correlate with any of the studied variables. Also, Kendall-Tackett, Williams, and Finkelhor (1993) have underscored that the label of the perpetrator does not necessarily reflect the affective relationship between the child and the perpetrator. For example, a close friend of the family who is known by the child since his birth, may be more significant for him than his mother's new

boyfriend. When the child is less emotionally attached to his perpetrator, it is possible that the young victim would feel more comfortable to express externalizing symptoms to show his difficulties. These symptoms would be more likely to be muted when the perpetrator is more proximal so as not to hurt or disturb the family, including the abuser. Similarly to results found by Bal and her colleagues (2004) in an adolescent sample, the relationship between the perpetrator and the child was not associated with internalizing problems and PTSD symptoms in our study.

Although duration of the SA is frequently associated with SA symptoms (Yancey & Hansen, 2010), it was not correlated to SA outcomes in this study. This absence of correlation may be explained by the categorization of the frequency (single episode, less than 6 months, and more than 6 months). A different categorization could have led to different results. Otherwise, it is possible that frequency of SA has a low impact on SA symptoms in some samples. Regardless of the number of SA episodes, being victim of SA is an intrusive and traumatic event that may influence the child's behavior.

The descriptive analyses on characteristics of SA showed some differences between boys and girls. A total of 3 of 4 boys reported experiencing penetration or attempted penetration compared with 1 of 2 girls. Moreover, most boys were abused by a juvenile, while most girls were abused by an adult. Boys and girls seem to have experienced the same kind of SA in regard to duration, perpetrator's gender and the degree of proximity or relationship to the perpetrator. Coohey (2010) and Villeneuve Cyr and Hébert (2011) observed that girls were more often victims over a long period and by a perpetrator in a closer relationship. The discrepancy in results might be explained by the fact that these studies included fewer than 35 boys.

While boys and girls differed in scores of PTSD symptoms and externalizing problems, gender was not a predictor of internalizing problems. Studies conducted by

Maikovich-Fong and Jaffee (2010) and Villeneuve Cyr and Hébert (2011) also observed no gender difference in internalizing problems among child victims of SA. In the current study, no difference was found for anxiety, depression and somatic complaints. However, parents of boys reported more withdrawal in their child than parents of girls. It is possible that soon after disclosure of the SA, boys and girls may show the same level of internalizing problems while gender differences might appear later on at other developmental stages.

Implications of the study

Results suggest that boys and girls appear to reveal different SA outcomes. The fact that boys express more externalizing behavior problems compared to girls could allow better detection of signs associated with a situation of SA. For example, a young school-aged boy that shows aggressive behaviors during class may be trying to express his distress related to a traumatic event. Particular attention should also be given to boys who have experienced more intrusive SA, because they are more likely to display PTSD symptoms. It remains essential to conduct detailed assessments to identify intervention targets for each child victim.

Since sense of guilt was the most important predictor of SA outcomes, intervention strategies for sexually abused children should target this issue, as proposed in *Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy* (TF-CBT; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). During the therapy sessions, the child is encouraged to recognize that his thoughts have an impact on how he feels. With the support of the therapist, children reporting feeling guilty about the SA are helped to realize that they are not responsible for the abuse, which in turn may reduce symptoms associated with SA.

TF-CBT was tested in a 16 sessions format without the trauma narrative. This version appeared particularly well suited for reducing externalizing problems (Deblinger,

Mannarino, Cohen, Runyon, & Steer, 2011). The time normally accorded to the narrative can, when needed, be reinvested in other objectives, such as adequate parenting practices. The improvement of parental practices may explain the significant reduction of children's externalizing problems. This treatment modality could be more adapted for some of the young boys who show severe externalizing problems and few PTSD symptoms.

Strengths and limitations of the study

This study makes an important contribution to the literature on child victims of SA by overcoming some of past studies' limitations. The sample consisted of children who had recently disclosed the SA with a significant number of boys. Moreover, mediating variables have been included in an attempt to explain the differences between boy and girl victims of SA.

Although this study provides relevant information about gender differences among young child victims, it has some limitations. First, this cross-sectional study cannot establish a causal relationship between gender and SA outcomes, nor verify whether these gender differences are maintained over time. Second, only one mediation effect was validated in the predictive model, which could explain the low percentage of variance accounted for. Some important variables that can impact outcomes in SA children were not included in the present model and as such, future studies should examine coping and parental support as mediators of the relationship between gender and SA outcomes. Indeed, parental reactions following disclosure may be different according to the child's gender, and have an influence on the child's symptoms (Ullman & Filipas, 2005). Adding these variables could improve the understanding of the complex situations experienced by boy and girl victims, and thus increase the percentage of variance explained. Third, the study did not identify any predictor of internalizing problems among sexually abused children. In addition, the present

analyses did not consider the possible impact of other forms of maltreatment (physical abuse, neglect, exposure to interparental violence) in the model of outcomes. Fourth, the scale used to measure sense of guilt contains a small number of items. To collect more accurate data, future studies should rely on a more comprehensive scale than can evaluate different aspects of guilt with greater sensitivity.

Future studies should include a second measurement time to verify if the gender difficulties persist over time and how trajectories of recovery may be gender-specific. The few longitudinal studies available suggest that girls report fewer difficulties in the long term but the difficulties reported by boys are maintained over time (Bernier, Hébert, & Collin-Vézina, 2013). If clinical interventions are focused only on PTSD symptoms, the externalizing behavior problems of boys may crystallize and accentuate over time.

Conclusion

Our goal was to highlight that boys represent a significant proportion of child victims of SA, and perhaps boys express their pain differently than girls. Including boys in SA studies and trying to explain gender differences may help to better understand the reality of these young victims, and thus promote more effective therapeutic and preventive interventions.

References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Arnow, B. A., Blasey, C. M., Hunkeler, E. M., Lee, J., & Hayward, C. (2011). Does gender moderate the relationship between childhood maltreatment and adult depression? *Child Maltreatment*, 16(3), 175-183. doi:10.1177/1077559511412067
- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G., & Van Oost, P. (2004). Differences in trauma symptoms and family functioning in intra-and extrafamilial sexually abused adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 108-123. doi:10.1177/0886260503259053
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: a gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-238. doi:10.1177/107755904266914
- Bernier, M.-J., Hébert, M., & Collin-Vézina, D. (2013). Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(4), 455-472. doi: 10.1080/15299732.2013.769478
- Blain, L. M., Galovski, T. E., & Robinson, T. (2010). Gender differences in recovery from posttraumatic stress disorder: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(6), 463-474. doi:10.1016/j.avb.2010.09.001
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., & Cortés, M. R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23(1), 66-73. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/3851.pdf>
- Chandy, J. M., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1996). Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 20(12), 1219-1231. doi:10.1016/S0145-2134(96)00117-2
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Palmer, A. M., & Milne, L. (2015). A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 43, 123-134. doi:10.1016/j.chiabu.2015.03.010

- Connell, R. (2014). *Masculinités: Enjeux sociaux de l'hégémonie*. Paris: Éditions Amsterdam.
- Coohey, C. (2010). Gender differences in internalizing problems among sexually abused early adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 856-862. doi:10.1016/j.chiabu.2010.05.001
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression & Anxiety*, 28(1), 67-75. doi:10.1002/da.20744
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430-438. doi:10.1016/j.amepre.2005.01.015
- Edinburgh, L., Saewyc, E., & Levitt, C. (2006). Gender differences in extrafamilial sexual abuse experiences among young teens. *The Journal of School Nursing*, 22(5), 278-284. doi:10.1177/10598405060220050601
- Feiring, C., & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31(11-12), 1169-1186. doi:10.1016/j.chiabu.2007.03.020
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 115-128. doi:10.1016/S0145-2134(98)00116-1
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. doi:10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Fischer, D. G., & McDonald, W. L. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22, 915-929. doi:10.1016/S0145-2134(98)00063-5
- Gagnier, C., & Collin-Vézina, D. (2016). The disclosure experiences of male child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 221-241. doi:10.1080/10538712.2016.1124308

- Garnefski, N., & Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21, 99-107. doi:10.1006/jado.1997.0132
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. In M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1) (pp. 149-204). Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Langevin, R., & Daigneault, I. (2016). The association between peer victimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 193, 227-232. doi:10.1016/j.jad.2015.12.080
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing disclosure in a representative samples of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636. doi:10.1177/070674370905400908
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299. doi:10.1007/s10896-006-9026-2
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. doi:10.1037/0033-2909.113.1.164
- Kim, H.-J., Arnold, D. H., Fisher, P. H., & Zeljo, A. (2005). Parenting and Preschoolers' Symptoms as a Function of Child Gender and SES. *Child & Family Behavior Therapy*, 27(2), 23-41. doi:10.1300/J019v27n02_03
- Maikovich-Fong, A. K., & Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 429-437. doi:10.1016/j.chiabu.2009.10.006

- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2015). *Mplus User's Guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- O'Leary, P. J., & Barber, J. (2008). Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(2), 133-143. doi:10.1080/1053871080916416
- Parent, N., & Hébert, M. (2006). *Questionnaire sur la victimisation de l'enfant. Adaptation française du « History of Victimization Form » par Wolfe, Gentile & Boudreau (1987)*. Montréal, Canada: Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Soylu, N., Ayaz, M., Gökten, E. S., Alpaslan, A. H., Dönmez, Y. E., Özcan, Ö. Ö., Ayaz, A. B., & Tufan, A. E. (2016). Gender differences in sexually abused children and adolescents: A multicenter study in Turkey. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(4), 415-427. doi:10.1080/10538712.2016.1143073
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi:10.1177/1077559511403920
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. doi:10.1037/0033-2909.132.6.959
- Tourigny, M., & Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance: ampleur et facteurs de risque. In M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1) (pp. 7-50). Québec, Canada : Les Presses de l'Université du Québec.
- Trickett, P. K. (2006). Defining child sexual abuse. In M. M. Freerick, J. F. Knutson, P. K. Trickett, & S. M. Flanzer (Eds.), *Child abuse and neglect : Definitions, classifications, and a framework for research* (pp. 129-148). Baltimore, MD : Paul H. Brookers Publishing Co.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 767-782. doi:10.1016/j.chiabu.2005.01.005
- Villeneuve Cyr, M., & Hébert, M. (2011). Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe. *Service social*, 57(1), 15-30. doi:10.7202/1006245ar
- Wolfe, V. V. (2002). *The Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES-II)*. Unpublished assessment instrument. (Available from V. V. Wolfe, Child and

Adolescent Centre, London Health Sciences Centre, 346 South St., London, Ontario, Canada, N6A 4G5.)

- Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 15*(6), 410-421. doi:10.1016/j.avb.2010.07.003
- Zajac, K., Ralston, M. E., & Smith, D. W. (2015). Maternal support following childhood sexual abuse: associations with children's adjustment post-disclosure and at 9-month follow-up. *Child Abuse & Neglect, 44*, 66-75. doi:10.1016/j.chiabu.2015.02.011

CHAPITRE VI

DISCUSSION

6.1 Rappel des objectifs et des forces de l'étude

Cette étude avait comme premier objectif d'observer les différences entre les garçons et les filles, âgés de 6 à 12 ans, victimes d'AS quant aux caractéristiques de l'AS vécue et les conséquences qui y sont associées (SSPT, problèmes de comportement intériorisés et extériorisés). Le second objectif était de tester un modèle de médiation des symptômes en fonction du genre de l'enfant victime, en y incluant les caractéristiques de l'agression et le sentiment de culpabilité exprimé par l'enfant comme variables médiatrices. Ce mémoire contribue de manière importante à la littérature scientifique portant sur les AS vécues durant l'enfance. Le fait que l'échantillon comprend plusieurs centaines d'enfants ayant été victimes d'AS, avec une proportion significative de garçons, constitue la principale force de l'étude. En plus d'observer les différences de genre, l'inclusion de variables médiatrices permet de mieux comprendre ces écarts entre les garçons et les filles victimes afin de documenter les trajectoires de ces enfants. Les résultats obtenus dans ce mémoire pourront contribuer à l'adaptation des interventions sexologiques dédiées aux jeunes victimes. Le chapitre qui suit présente une interprétation des principaux résultats obtenus, décrit les limites méthodologiques de l'étude et propose différentes pistes d'intervention sexologique qui tiennent compte du genre chez les enfants victimes d'AS.

6.2 Principaux résultats

Les résultats présentés dans cette étude suggèrent que les garçons et les filles victimes d'AS vivraient des conséquences différenciées. En effet, les données indiquent que le fait d'être un garçon est associé à davantage de problèmes de comportement extériorisés, ce qui est cohérent avec certains résultats précédemment obtenus dans la littérature (Banyard *et al.*, 2004). Le lien entre le genre et les SSPT est toutefois plus complexe. Comme il a été observé dans les études conduites auprès des adultes (Blain *et al.*, 2010), les résultats ont démontré que le fait d'être une fille est associé de manière directe aux SSPT. Néanmoins, pour les garçons, ce lien avait comme médiateur la sévérité de l'AS. Être un garçon est lié à des gestes d'AS plus sévères, qui eux prédisent davantage de SSPT. Ces résultats contribuent de manière importante à mieux comprendre les trajectoires des enfants victimes d'AS, car très peu d'études ont inclus un nombre aussi important de garçons dans un échantillon d'enfants victimes.

À la suite d'une AS, les filles semblent donc présenter davantage de SSPT, c'est-à-dire d'avoir l'impression de revivre le trauma, de tenter d'éviter les stimuli qui y sont associés et d'être dans un état d'hypervigilance. Cette différence de genre pourrait être expliquée par les attentes sociales envers les filles et les garçons. Il est possible de penser que les SSPT sont considérés comme plus acceptables pour les filles, alors qu'il est attendu que les garçons expriment plus de colère et d'agressivité (Tolin et Foa, 2006). Aussi, les filles sont davantage exposées à des discours sociaux axés sur le danger et l'importance de se protéger. Ainsi, elles auraient appris à se percevoir comme des personnes vulnérables et craindre que d'autres événements d'AS se produisent. Pour les garçons, la présence de SSPT semble dépendre davantage de la sévérité des gestes subis. Les résultats indiquent que les garçons qui disent avoir subi des gestes intrusifs expérimentent davantage de SSPT.

En ce qui a trait aux symptômes extériorisés, les résultats soulignent que les garçons expriment davantage d'agressivité et de comportements délinquants que les filles à la suite d'une situation d'AS. Ceci concorde avec l'hypothèse qui suggère que les rôles de genre prescrits peuvent avoir un impact sur les conséquences de l'AS (Banyard *et al.*, 2004; Tolin et Foa, 2006).

La socialisation des genres n'est toutefois pas la seule hypothèse qui pourrait expliquer les différences de genre chez les enfants victimes. Les conséquences différenciées selon le genre pourraient être expliquées par le fait que les garçons sont agressés par une personne du même genre qu'eux (Banyard *et al.*, 2004). Les garçons, craignant d'être stigmatisés comme étant homosexuels, pourraient exprimer davantage de comportements extériorisés et moins de SSPT afin de correspondre aux rôles de genre (Connell, 2014). Cette peur du stigma homosexuel est d'ailleurs une des raisons qui expliqueraient pourquoi les garçons sont moins nombreux que les filles à dévoiler l'AS dont ils sont victimes (Collin-Vézina *et al.*, 2015).

En ce qui a trait au sentiment de culpabilité que peuvent ressentir les enfants victimes, il s'est révélé être le prédicteur le plus important des symptômes associés à l'AS. Cependant, les garçons et les filles semblent avoir des moyennes similaires à la sous-échelle du sentiment de culpabilité. Les enfants ayant des scores élevés de culpabilité auraient également davantage de SSPT et de comportements extériorisés. Cette observation est innovatrice, car le sentiment de culpabilité a été étudié chez les adultes victimes (Cantón-Cortés *et al.*, 2011; Feiring et Cleland, 2007), mais la littérature présente très peu de données concernant les enfants. Une récente étude portant sur le sentiment de culpabilité indique que ce dernier est associé aux symptômes anxieux et à une faible estime de soi chez les enfants victimes, et que cette relation a comme médiateur l'utilisation de stratégies d'évitement (Gauthier-Duchesne *et al.*, sous presse). Ces résultats sont donc cohérents avec le modèle théorique élaboré par Finkelhor et Browne (1985), qui propose que, même pour les

enfants, croire que les gestes d'agression subis sont en partie en sa faute exacerbe les difficultés vécues à la suite de l'AS.

En se basant sur le modèle qui a été testé, les caractéristiques de l'AS, comparativement au genre et au sentiment de culpabilité, semblent être des prédicteurs qui contribuent mais de façon moins importante aux symptômes associés à l'AS. Le lien entre l'enfant et l'agresseur s'est révélé être un prédicteur des problèmes de comportement extériorisés, mais ne semble pas lié aux SSPT. Les résultats ont montré que plus la relation de proximité avec l'agresseur est éloignée de l'enfant, plus il est probable que ce dernier ait des problèmes extériorisés. Ce résultat est contraire à ce qui est décrit dans la littérature (Yancey et Hansen, 2010). Il est toutefois important de rester critique envers ce résultat, compte tenu de la distribution de la variable (seulement 2 % des enfants ont été agressés sexuellement par un étranger, comparativement à 73 % par un membre de la famille). Une hypothèse pouvant expliquer ce lien inattendu pourrait être que plus la relation de proximité avec l'agresseur est éloignée de l'enfant, plus il est susceptible d'utiliser la force pour commettre les gestes d'agression, et cette violence serait associée à davantage de problèmes extériorisés. Cependant, l'utilisation de la force n'était corrélée avec aucune des variables à l'étude.

En outre, Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor (1993) ont souligné que la manière dont le lien de proximité avec l'agresseur est catégorisé ne reflète pas nécessairement la relation affective qu'il peut avoir avec l'enfant. Par exemple, un ami proche de la famille que l'enfant connaît depuis sa naissance peut être plus significatif pour l'enfant que le nouveau conjoint de sa mère. Lorsque l'enfant est moins émotionnellement attaché à son agresseur, il est possible que la jeune victime se sente plus à l'aise d'exprimer ses difficultés via des comportements extériorisés. Ces symptômes pourraient être davantage retenus par l'enfant lorsque l'agresseur a une relation de proximité affective, et ce, afin de ne pas blesser les membres de la famille,

incluant l'agresseur. Le lien avec l'agresseur n'était toutefois pas associé aux problèmes intériorisés et les SSPT, tel que Bal et ses collègues (2004) ont observé chez un échantillon composé d'adolescents.

Bien que la durée de l'AS soit fréquemment associée aux symptômes liés à l'AS (Yancey et Hansen, 2010), cette caractéristique n'était pas corrélée aux symptômes étudiés dans la présente recherche. Cette absence de corrélation pourrait être expliquée par la catégorisation utilisée (un seul épisode, moins de 6 mois ou 6 mois et plus). Certaines études utilisent une variable dichotomique (ex : moins d'un an versus un an ou plus) ou encore une échelle continue selon le nombre de mois qu'a duré l'AS. Une catégorisation différente aurait peut-être pu conduire à des résultats significatifs. Cependant, il est possible que la durée de l'AS ait un faible impact sur la variabilité des symptômes. Quel que soit le nombre d'épisodes ou la fréquence à laquelle les gestes sont perpétrés, être victime d'AS est un événement intrusif et potentiellement traumatique qui peut influencer négativement les pensées et les comportements d'un individu.

Les analyses descriptives portant sur les caractéristiques des AS ont démontré quelques différences entre les filles et les garçons. D'abord, 3 garçons sur 4 ont vécu des gestes de pénétration ou de tentative de pénétration, comparativement à 1 fille sur 2. De plus, la majorité des garçons ont subi des gestes par un agresseur juvénile, alors que la majorité des filles ont été agressées par un adulte. Le fait que les garçons sont victimes par une personne dont l'écart d'âge est moindre pourrait augmenter la crainte chez les jeunes victimes de développer une attirance pour le même genre, percevant la situation d'AS plutôt comme des initiations sexuelles. Toutefois, il ne semble pas y avoir de différence de genre quant à la durée des situations d'AS, le genre de l'agresseur et son lien avec la victime. Indépendamment du genre de l'enfant, la plupart des jeunes victimes disent vivre plusieurs événements d'AS. De surcroît, la majorité des gestes d'AS sont commis par un membre de la famille, et la

presque totalité par une personne de genre masculin. Coohey (2010) ainsi que Villeneuve Cyr et Hébert (2011) avaient de leur côté observé des différences de genre, mentionnant que les filles étaient victimes durant une plus longue période et par une personne plus rapprochée. Ces résultats divergents pourraient être expliqués par le fait que ces études incluaient moins de 35 garçons.

Alors que les garçons et les filles différaient dans les scores de SSPT et de problèmes extériorisés, le genre ne semble pas être un facteur prédictif des problèmes intériorisés. Contrairement à la population générale où les filles expriment davantage de problèmes intériorisés (Bender, Reinholdt-Dunne, Esbjørn et Pons, 2012; Kim *et al.*, 2005), des études conduites auprès d'enfants victimes d'AS n'ont recensé aucune différence de genre (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010; Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). Dans la présente étude, les garçons et les filles victimes avaient des scores similaires d'anxiété, de dépression et de somatisation. Toutefois, les parents de garçons ont observé davantage de comportements de retrait chez leur enfant que les parents de filles. Il est possible que peu de temps après le dévoilement de l'AS, les garçons et les filles montrent un niveau équivalent de problèmes intériorisés, mais que les différences de genre apparaissent à des stades de développement subséquents.

6.3 Limites méthodologiques

Bien que cette étude présente des résultats probants sur les différences de genre chez les enfants victimes d'AS, elle comporte quelques limites méthodologiques. Bien qu'il comporte un nombre élevé d'enfants victimes, l'échantillon est non-représentatif, car il inclut uniquement des enfants utilisateurs de services. Il n'est donc pas possible de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des enfants victimes d'AS. Ceux qui ont très peu de symptômes, qui n'ont pas dévoilé la situation ou qui n'ont pas été adéquatement pris en charge à la suite du dévoilement ne sont pas représentés dans l'échantillon.

De plus, l'utilisation d'un devis transversal n'a pu permettre d'établir de relation causale entre le genre et les symptômes associés à l'AS, mais uniquement une association prédictive. Ce type de devis à un seul temps de mesure ne permet pas non plus de vérifier si ces différences de genre se maintiennent à travers le temps.

Un des objectifs du mémoire était de tenter d'expliquer les différences de genre en incluant des variables médiatrices au modèle. Cependant, uniquement un lien de médiation a été observé (genre-sévérité-SSPT). Le lien obtenu ne concordait pas avec l'hypothèse de recherche qui spécifiait que la sévérité pourrait être un médiateur de la relation entre le fait d'être un garçon et exprimer davantage de problèmes extériorisés. Ceci pourrait en partie justifier le faible pourcentage de variance expliquée pour les problèmes extériorisés. Les caractéristiques des situations d'AS semblent donc peu influencer les symptômes observés chez les enfants victimes. Les recherches futures devront s'attarder à l'influence d'autres médiateurs pour tenter d'expliquer les différences de genre. Par exemple, les stratégies d'adaptation et le soutien offert par le parent non-agresseur sont des variables susceptibles d'influencer les symptômes. De plus, les réactions parentales à la suite du dévoilement pourraient varier selon le genre de l'enfant et qui plus est avoir un impact sur les symptômes. En effet, les filles vivraient davantage de situations de dévoilement positives que les garçons (Ullman et Filipas, 2005).

Dans la présente étude, l'inclusion du sentiment de culpabilité comme variable prédictive des symptômes est un apport considérable à la compréhension des réalités des enfants victimes. Très peu d'études se sont attardées à ce type d'attributions chez les enfants. Toutefois, l'instrument utilisé pour mesurer le sentiment de culpabilité chez les enfants contenait un nombre restreint d'énoncés. Bien que la consistance interne de la sous-échelle du CITES-II ait été adéquate, l'utilisation d'une échelle ayant une plus grande sensibilité aurait été un atout. Il semblerait pertinent de créer des outils de mesure sur les attributions de blâme, le sentiment de culpabilité et la

honte qui soient adaptés aux enfants victimes. Des instruments de mesure standardisés spécifiques à cette population pourraient permettre de mieux distinguer ces trois construits et leurs liens avec les symptômes vécus par les enfants victimes.

Une autre limite de l'étude est qu'aucun facteur prédictif des problèmes de comportement intériorisés n'a été identifié. Aucune des caractéristiques de l'AS ne corrélait avec ce type de troubles de comportement. Alors qu'ils contribuaient aux autres symptômes de manière importante, le genre et le sentiment de culpabilité se sont avérés ne pas être des prédicteurs des problèmes intériorisés. Ce résultat est d'autant plus surprenant vu le fait que les trois types de symptômes corrélaient de manière importante entre eux.

6.4 Implications pour les interventions sexologiques

En plus de contribuer à l'avancement des connaissances sur les enfants victimes d'AS, les résultats présentés dans ce mémoire pourront aider à améliorer les interventions sexologiques dédiées aux victimes âgées de 6 à 12 ans, que ce soit dans la détection des symptômes, la prévention, la sensibilisation ou encore dans les thérapies offertes.

D'abord, les résultats ont montré que les garçons et les filles semblent révéler des symptômes différents. Le fait que les garçons expriment davantage de problèmes extériorisés que les filles pourrait permettre une meilleure détection des signes associés à une situation d'AS. Par exemple, un garçon d'âge scolaire qui montre des comportements agressifs importants à l'école est peut-être en train d'exprimer, d'une certaine manière, sa détresse en lien avec un événement traumatique. De plus, le fait que les garçons ont tendance à avoir davantage de symptômes extériorisés que de SSPT pourrait permettre de sensibiliser les professionnels et la population à la réalité de ces jeunes victimes. Il serait en outre pertinent de promouvoir l'idée qu'à la suite

d'un dévoilement d'AS, un garçon qui ne démontre pas certains symptômes (par ex., ne pleure pas et ne fait pas de cauchemars) ne signifie qu'il ne souffre pas et qu'il n'a pas besoin d'aide.

Les résultats obtenus pourraient également permettre d'adapter les programmes de prévention des violences sexuelles. Par exemple, certaines études soulignaient que les garçons seraient davantage victimes par une personne extérieure à la famille (Banyard *et al.*, 2004; Coohy, 2010; Soylu *et al.*, 2016; Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). Toutefois, les données présentées dans ce mémoire ont permis d'identifier que dans près de 3 cas sur 4, les agresseurs sexuels d'enfants sont un membre de la famille, et ce, pour les filles comme pour les garçons. Cette donnée produite par la présente étude semble tout de même fiable, car l'échantillon comprenait un nombre important de garçons d'âge scolaire. Il semble donc pertinent de considérer les caractéristiques des AS dans la création des programmes de prévention et des outils pédagogiques.

D'ailleurs, au Québec, l'AS fait partie des nouveaux apprentissages obligatoires liés à l'éducation à la sexualité (Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2016). Dès la première année du primaire, les enfants seront amenés à reconnaître les situations d'AS. Prendre en compte les caractéristiques des AS présentées dans ce mémoire pourra notamment être pertinent pour la création du contenu pédagogique à transmettre aux enfants d'âge scolaire. Par exemple, les mises en situation devraient inclure une majorité d'agresseurs qui sont des membres de la famille et ce, tant pour les garçons que pour les filles.

Avoir étudié le lien entre le sentiment de culpabilité vécu par l'enfant et les symptômes associés à l'AS est innovateur. Cela démontre l'importance de partager des messages de sensibilisation qui déresponsabilisent les victimes d'AS. De plus, des campagnes sociales devraient promouvoir les attitudes favorables à adopter lors

d'un dévoilement d'AS de la part d'un enfant afin de réduire le risque de réaction culpabilisante ou non-soutenante.

Puisque les résultats ont indiqué que le sentiment de culpabilité est le prédicteur le plus important inclus dans le modèle de médiation, les interventions offertes aux jeunes victimes devraient avoir comme objectif de diminuer ce sentiment. D'ailleurs, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (Cohen, Mannarino et Deblinger, 2006), qui est reconnue comme une intervention exemplaire dans le domaine des enfants victimes d'AS, inclut une composante sur la reconnaissance des pensées et la restructuration cognitive (Simoneau, Daignault et Hébert, 2011). Dans le cadre des séances de thérapie, les enfants sont amenés à reconnaître que leurs pensées ont un impact sur la façon dont ils se sentent. Les enfants qui mentionnent se sentir coupables de l'AS pourront prendre conscience, à l'aide du soutien du thérapeute, qu'ils ne sont aucunement responsables de cette situation, ce qui pourrait contribuer à diminuer leur sentiment de culpabilité et d'autres symptômes associés à l'AS. Des interventions sociales préventives à plus grande échelle devraient également promouvoir l'attribution du blâme à l'agresseur afin de favoriser une diminution du sentiment de culpabilité chez les victimes d'AS.

Durant les 12 séances de thérapie, l'enfant est invité à progressivement créer le récit narratif de son histoire de victimisation ainsi qu'à la présenter à son parent non-agresseur. Cette exposition graduelle au trauma permet à l'enfant d'observer une réduction des SSPT et des symptômes anxieux qu'il peut vivre. Il existe d'autres modalités de la thérapie axée sur le trauma, dont une qui propose 16 sessions de thérapie sans la création du schéma narratif. Les enfants qui ont suivi cette modalité de traitement ont vu leurs problèmes extériorisés diminuer de manière plus importante que ceux ayant suivi le traitement comportant moins de séances (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon et Steer, 2011). Les enfants ayant suivi le traitement comportant 16 séances sans récit narratif avaient également moins de

problèmes de comportement extériorisés que ceux ayant suivi le même nombre de séances avec un récit narratif (Deblinger *et al.*, 2011). Cette différence s'expliquerait par le fait que le temps normalement octroyé au récit narratif a pu être réinvesti dans d'autres objectifs thérapeutiques. Davantage de temps a pu être accordé au développement de pratiques parentales adéquates, comme la gestion des crises de colère de l'enfant. Bien que le traitement traditionnel en 12 séances ait été évalué comme efficace autant pour les filles que pour les garçons (Guénette-Robert, 2010), la modalité de traitement en 16 séances sans récit narratif pourrait être particulièrement favorable aux garçons victimes d'AS présentant peu de SSPT, mais des problèmes de comportement extériorisés importants.

Bien que les garçons semblent extérioriser davantage de comportements problématiques et les filles, davantage de SSPT, il demeure important de réaliser des évaluations standardisées afin de déterminer les objectifs d'intervention prioritaires et adaptés à chaque enfant victime.

6.5 Pistes de recherche

Il apparaît primordial que les études futures s'attardent à la réalité des garçons victimes, entre autres en incluant un nombre significatif de garçons dans les études. Il serait également pertinent de mener des recherches longitudinales pour vérifier si les difficultés spécifiques au genre se maintiennent dans le temps. D'ailleurs, les quelques études incluant plusieurs temps de mesure suggèrent que les filles ont moins de difficultés à long terme, tandis que celles vécues par les garçons tendent à se maintenir dans le temps (Bernier, Hébert et Collin-Vézina, 2013). Puisque les interventions auprès des victimes d'AS mettent principalement l'accent sur les SSPT, il est possible de penser que les problèmes extériorisés vécus par les garçons se cristallisent ou s'accroissent à travers le temps.

Il a été mentionné que les garçons ayant des problèmes de comportement extériorisés pourraient davantage bénéficier d'une modalité de la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma qui inclut 16 sessions sans récit narratif. L'évaluation de cette modalité de traitement pourrait être réalisée au Québec afin de vérifier si elle permet de diminuer les problèmes extériorisés, tel qu'il a été testé aux États-Unis (Deblinger *et al.*, 2011).

Les recherches futures devront également se pencher sur les problèmes intériorisés observés chez les enfants victimes afin d'identifier quels facteurs contribuent à prédire ce type de comportement.

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était de mettre en avant-plan le fait que les garçons représentent une importante proportion d'enfants victimes d'AS, et que ceux-ci expriment peut-être leur détresse de manière différente que les filles. Le but n'était donc pas de décrire les différences entre les garçons et les filles victimes de manière essentialiste. Les résultats ont d'ailleurs permis de souligner que les garçons victimes extériorisent davantage de comportements délinquants et agressifs que les filles. Inclure les garçons dans les études sur la victimisation sexuelle et tenter d'expliquer les différences de genre observées pourraient permettre de mieux comprendre les réalités de ces jeunes victimes. De surcroît, les interventions offertes à cette population pourraient être adaptées en fonction du genre de l'enfant, et ce dans le but de diminuer les conséquences à court terme et réduire les risques de difficultés à l'âge adulte. Finalement, convaincre la population et les décideurs que les garçons peuvent être victimes d'AS pourrait changer les croyances sociales, et ainsi encourager les garçons à dévoiler davantage les AS et ainsi recevoir l'aide appropriée pour reprendre un parcours de développement optimal.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Arnow, B. A., Blasey, C. M., Hunkeler, E. M., Lee, J. et Hayward, C. (2011). Does gender moderate the relationship between childhood maltreatment and adult depression? *Child Maltreatment*, 16(3), 175-183. doi:10.1177/1077559511412067
- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G. et Van Oost, P. (2004). Differences in trauma symptoms and family functioning in intra-and extrafamilial sexually abused adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 108-123. doi:10.1177/0886260503259053
- Banyard, V. L., Williams, L. M. et Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: a gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-238. doi:10.1177/107755904266914
- Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe* (tome II). Paris : Éditions Gallimard.
- Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Esbjørn, B. H. et Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 284-288. doi:10.1016/j.paid.2012.03.027
- Bernier, M.-J., Hébert, M. et Collin-Vézina, D. (2013). Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(4), 455-472. doi: 10.1080/15299732.2013.769478
- Blain, L. M., Galovski, T. E. et Robinson, T. (2010). Gender differences in recovery from posttraumatic stress disorder: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(6), 463-474. doi:10.1016/j.avb.2010.09.001
- Blanchard-Dallaire, C. et Hébert, M. (2014). Social relationships in sexually abused children: Self-reports and teachers' evaluation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(3), 326-344. doi:10.1080/10538712.2014.888123

- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F. et Cortés, M. R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23(1), 66-73. Récupéré de <http://www.psicothema.com/pdf/3851.pdf>
- Castra, M. (2013). *Socialisation : Les 100 mots de la sociologie*. Récupéré le 19 décembre 2016 de <http://sociologie.revues.org/1992>
- Chandy, J. M., Blum, R. W. et Resnick, M. D. (1996). Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 20(12), 1219-1231. doi:10.1016/S0145-2134(96)00117-2
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. et Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Palmer, A. M. et Milne, L. (2015). A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 43, 123-134. doi:10.1016/j.chiabu.2015.03.010
- Connell, R. W. (2000). *The men and the boys*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Connell, R. (2014). *Masculinités: Enjeux sociaux de l'hégémonie*. Paris, France: Éditions Amsterdam.
- Coohey, C. (2010). Gender differences in internalizing problems among sexually abused early adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 856-862. doi:10.1016/j.chiabu.2010.05.001
- Cossette, L. (2012). *Cerveau, hormones et sexe : des différences en question*. Montréal : Les Éditions du remue-ménage.
- Daignault, I. V. et Hébert M. (2009). Profiles of school adaptation: social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 33(2), 102-115. doi:10.1016/j.chiabu.2008.06.001
- Daigneault, I., Tourigny, M. et Hébert, M. (2006). Self-attributions of blame in sexually abused adolescents: A mediational model. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 153-157. doi:10.1002/jts.20101
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K. et Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression & Anxiety*, 28(1), 67-75. doi:10.1002/da.20744

- Dhaliwal, G. K., Gauzas, L., Antonowicz, D. H. et Ross, R. R. (1996). Adult male survivors of childhood sexual abuse: Prevalence, sexual abuse characteristics, and long-term effects. *Clinical Psychology Review*, 16(7), 619-639. doi:10.1016/S0272-7358(96)00018-9
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M. et Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430-438. doi:10.1016/j.amepre.2005.01.015
- Edinburgh, L., Saewyc, E. et Levitt, C. (2006). Gender differences in extrafamilial sexual abuse experiences among young teens. *The Journal of School Nursing*, 22(5), 278-284. doi:10.1177/10598405060220050601
- Feiring, C. et Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31(11-12), 1169-1186. doi:10.1016/j.chiabu.2007.03.020
- Feiring, C. et Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10(4), 337-349. doi:10.1177/1077559505276686
- Feiring, C., Taska, L. S. et Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(1), 25-39. doi: 10.1177/1077559502007001003
- Feiring, C., Taska, L. et Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 115-128. doi:10.1016/S0145-2134(98)00116-1
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. et Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013
- Finkelhor, D. et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. doi:10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Fischer, D. G. et McDonald, W. L. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22, 915-929. doi:10.1016/S0145-2134(98)00063-5
- Gagnier, C. et Collin-Vézina, D. (2016). The disclosure experiences of male child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 221-241. doi:10.1080/10538712.2016.1124308

- Gagnon, M. M. et Tourigny, M. (2011). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins: Évaluation et traitement. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, p. 333-362). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Garnefski, N. et Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21, 99-107. doi:10.1006/jado.1997.0132
- Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M. et Daspe, M.-È. (sous presse). Culpabilité chez les enfants victimes d'agression sexuelle: Rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi. *Criminologie*.
- Gouvernement du Québec. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec, Canada : Publications Gouvernement du Québec.
- Guénette-Robert, M. (2010). *Évaluation d'une intervention destinée aux enfants victimes d'agression sexuelle*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal. Récupéré d'Archipel, l'archive de publications électroniques de l'UQAM <http://www.archipel.uqam.ca/3617/1/M11612.pdf>
- Hardt, J. et Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, p. 149-204). Québec, Canada : Les Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Langevin, R. et Daigneault, I. (2016). The association between peer victimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 193, 227-232. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.080
- Hébert, M., Lavoie, F. et Blais, M. (2014). Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Ciencia & saude coletiva*, 19(3), 685-694. doi:10.1590/1413-81232014193.15972013
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P. et Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing disclosure in a representative samples of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636. doi:10.1177/070674370905400908

- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. et Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299. doi:10.1007/s10896-006-9026-2
- Hill, A. L., Degnan, K. A., Calkins, S. D. et Keane, S. P. (2006). Profiles of externalizing behavior problems for boys and girls across preschool: The roles of emotion regulation and inattention. *Developmental Psychology*, 42(5), 913-928. doi:10.1037/0012-1649.42.5.913
- Hu, L.-T. et Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Jöreskog, K. G. et Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. doi:10.1037/0033-2909.113.1.164
- Kessler, S. J. et McKenna, W. (1978). *Gender : An ethnomethodological approach*. Chicago, IL : The University of Chicago Press.
- Kim, H.-J., Arnold, D. H., Fisher, P. H. et Zeljo, A. (2005). Parenting and Preschoolers' Symptoms as a Function of Child Gender and SES. *Child & Family Behavior Therapy*, 27(2), 23-41. doi:10.1300/J019v27n02_03
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review*, 58(3), 419-438.
- Maccoby, E. E. et Jacklin, C. N. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford : Stanford University Press.
- Maikovich-Fong, A. K. et Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 429-437. doi:10.1016/j.chiabu.2009.10.006
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003
- Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and Anxiety*, 27(7), 631-642. doi:10.1002/da.20687

- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L. et Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 491-503. doi:10.1016/j.chiabu.2003.08.006
- Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2016). *Apprentissages en éducation à la sexualité au préscolaire et au primaire* [Document PDF]. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré le 23 juin 2016 de http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/Apprentissages_prescolaire-primaire_FR.pdf
- Monette, M. C., Tourigny, M. et Daigneault, I. (2008). Facteurs associés aux problèmes de comportement intériorisés et extériorisés chez des adolescentes agressées sexuellement. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 40(1), 31-41. doi:10.1037/0008-400X.40.1.31
- Muthén, L. K. et Muthén, B. O. (1998-2015). *Mplus User's Guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- O'Leary, P. J. et Barber, J. (2008). Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(2), 133-143. doi:10.1080/1053871080916416
- Parent, N. et Hébert, M. (2006). *Questionnaire sur la victimisation de l'enfant. Adaptation française du « History of Victimization Form » par Wolfe, Gentile & Boudreau (1987)*. Montréal, Canada : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Price-Roberston, R. (2012). Child sexual abuse, masculinity and fatherhood. *Journal of Family Studies*, 18(2-3), 130-142. doi:10.5172/jfs.2012.18.2-3.130
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review : Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. doi:10.1097/01.chi.0000037029.04952.72
- Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Tonmyr, L., Wekerle, C., Goodman, D., Leslie, B., Mironova, P., Bethell, J. et Manion, I. (2011). Sex differences in childhood sexual abuse and suicide-related behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(3), 235-254. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00025.x
- Simoneau, A. C., Daigneault, I. V. et Hébert, M. (2011). La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, p. 363-398). Québec, Canada : Les Presses de l'Université du Québec.

- Soylu, N., Ayaz, M., Gökten, E. S., Alpaslan, A. H., Dönmez, Y. E., Özcan, Ö. Ö., Ayaz, A. B. et Tufan, A. E. (2016). Gender differences in sexually abused children and adolescents: A multicenter study in Turkey. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(4), 415-427. doi:10.1080/10538712.2016.1143073
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362. doi:10.1037/0033-2909.116.2.340
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi:10.1177/1077559511403920
- Tang, S. S. S., Freyd, J. J. et Wang, M. (2008). What do we know about gender in the disclosure of child sexual abuse? *Journal of Psychological Trauma*, 6(4), 1-26. doi:10.1080/19322880802096442
- Tangney, J. P., Stuewig, J. et Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-372. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070145
- Tolin, D. F. et Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. doi:10.1037/0033-2909.132.6.959
- Tourigny, M. et Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance: ampleur et facteurs de risque. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, p. 7-50). Québec, Canada : Les Presses de l'Université du Québec.
- Trickett, P. K. (2006). Defining child sexual abuse. Dans M. M. Freerick, J. F. Knutson, P. K. Trickett et S. M. Flanzer (dir.), *Child abuse and neglect : Definitions, classifications, and a framework for research* (p. 129-148). Baltimore, MD : Paul H. Brookers Publishing Co.
- Ullman, S. E. et Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 767-782. doi:10.1016/j.chiabu.2005.01.005
- Villeneuve Cyr, M. et Hébert, M. (2011). Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe. *Service social*, 57(1), 15-30. doi:10.7202/1006245ar

- Whealin, J. M., Zinzow, H. M., Salstrom, S. A. et Jackson, J. L. (2007). Sex differences in the experience of unwanted sexual attention and behaviors during childhood. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(3), 41-58. doi:10.1300/J070v16n03_03
- Wolfe, V. V. (2002). *The Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES-II)*. Instrument d'évaluation non publié. (Disponible auprès de V. V. Wolfe, Child and Adolescent Centre, London Health Sciences Centre, 346 South St., London, Ontario, Canada, N6A 4G5.)
- Yancey, C. T. et Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 15(6), 410-421. doi:10.1016/j.avb.2010.07.003
- Zajac, K., Ralston, M. E. et Smith, D. W. (2015). Maternal support following childhood sexual abuse: associations with children's adjustment post-disclosure and at 9-month follow-up. *Child Abuse & Neglect*, 44, 66-75. doi:10.1016/j.chiabu.2015.02.011